

хикардию, сохранялись нарушения системы кровообращения. Значительное же возрастание показателя напряжения миокарда свидетельствовало о напряжении метаболических процессов в условиях недостаточного потребления миокардом кислорода (низкий уровень величины ДП), что сопровождалось угнетением сократительной способности сердца.

Сразу после проведения анемизированным животным (II группа) внутриартериального нагнетания смеси аутокрови и изотонического раствора хлорида натрия гемодинамические показатели, отражающие состояние сократительной способности миокарда (СИ и ИУРЛЖ), оставались ниже исходных значений ($p < 0,05$). Частота сердечных сокращений и сосудистый тонус (показатель УПСС) нормализовались. Уровень артериального давления возрастал на 51% относительно 30-й мин постгеморрагического периода. Полученные результаты свидетельствуют о том, что незначительная коррекция гемодинамического гомеостаза после проведенного лечения обусловлена сосудистым компонентом компенсации. Как и у нелеченых анемизированных животных рост величины ПНМ оказался неадекватен изменениям «двойного произведения» (ДП) и индекса ударной работы левого желудочка.

При лечении анемизированных животных (III группа) гипербарическим кислородом после окончания оксигенации возросла сократимость миокарда (величина ИУРЛЖ), нормализовались «двойное произведение», сердечный индекс и сосудистый тонус. Частота сердечных сокращений и уровень артериального давления не отличались от исходных значений. Положительная динамика исследуемых показателей кровообращения свидетельствует о значительном уменьшении проявлений гипоксии сердечной мышцы (нормализация «двойного произведения»), усилении сократительной способности сердца (возрастание сердечного индекса и индекса ударной работы левого желудочка) на фоне заметного улучшения метаболических процессов в миокарде (умеренное увеличение показателя напряжения миокарда).

Таким образом, сравнение результатов, полученных при лечении анемизированных животных внутриартериальным нагнетанием смеси аутокрови и изотонического раствора хлорида натрия и методом гипербарической оксигенации показали, что

важным звеном в коррекции нарушений кровообращения является активация сократительной способности миокарда (кардиальный компонент компенсации). Проведенные исследования позволяют считать, что для оценки эффективности проводимой терапии острой кровопотери существенное значение в первую очередь имеет определение тех показателей, которые являются ведущими в механизмах компенсации нарушенного гемодинамического гомеостаза. По нашему мнению, такими являются параметры, отражающие взаимосвязь сократительной способности сердца (СИ и ИУРЛЖ) и уровня метаболических процессов и потребления миокардом кислорода (ПНМ). Особенно четко это проявилось при использовании метода ГБО. Сравнительный анализ изменений гемодинамических показателей у анемизированных собак при использовании различных методов лечения отражался и на выживаемости животных. Если выживаемость нелеченых анемизированных животных к 90-й мин постгеморрагического периода составила 30%, то выживаемость собак II и III групп (лечение внутриартериальным нагнетанием и методом ГБО соответственно) составила 55% и 80%. Полученные результаты позволяют рассматривать гипербарический кислород как фактор, обеспечивающий адаптивные реакции системы кровообращения в условиях патологии благодаря своим саногенетическим свойствам.

Заключение. Положительная динамика показателей кровообращения при острой анемизации организма в условиях гипербарической оксигенации позволяет рекомендовать включение гипербарического кислорода при комплексной терапии как важного компонента, обеспечивающего стимуляцию компенсаторных гемодинамических реакций при угрожающих состояниях различного генеза.

Список литературы

1. Жукова А.Г. Адаптация к периодическому действию гипоксии и гипероксии: повышение резистентности мембранных структур сердца / А.Г. Жукова, Т.Г. Сазонтова, Ю.В. Архипенко // Гипоксия: механизмы, адаптация, коррекция. материалы IV Российской конференции, 12-14 октября 2005 г., Москва. – М., 2005. – С. 44-45.
2. Леонов А.Н. Гипероксия: адаптация, саногенез / А.Н. Леонов. – Воронеж, 2006. – 192 с.
3. Лукьянова Л.Д. Современные проблемы адаптации к гипоксии. Сигнальные механизмы и их роль в системной регуляции / Л.Д. Лукьянова // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2011. – №1. – С. 2-18.
4. Патологические критерии и патогенез посттрансфузионных осложнений при острой кровопотере / В.С. Ярочкин [и др.] // Хирургия. журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №7. – С. 41-48.

Секция «Сестринское дело»,

научный руководитель – Камынина Н.Н., д-р мед. наук

КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОЙ БОЛЬНИЧНОЙ СРЕДЫ

Трифонова Е.Ю., Камынина Н.Н.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, e-mail: ekatri75@gmail.com

Термин «культура безопасности» был введен в 1986 г. экспертами Международной консультативной группы по ядерной безопасности Международного агентства по атомной энергетике в итоговом документе по рассмотрению причин и последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

Культура безопасности была определена как квалификационная и психологическая подготовленность всех лиц, при которой обеспечение безопасности объекта ... является приоритетной целью и внутренней потребностью, приводящей к осознанию личной ответственности и к самоконтролю при выполнении всех работ, влияющих на безопасность [3].

В мае 2002 года по рекомендации ВОЗ на 55-й Всемирной Ассамблее Здравоохранения была принята резолюция за номером WHA 55.18., призывающая страны-участницы уделять особое внимание проблеме обеспечения безопасности пациентов и качества медицинской помощи [2]. В апреле 2005 г. Европейский союз принял Люксембургскую декларацию, призывающую государства к формированию культуры безопасности для пациентов. В серии публикаций Института медицины США «Преодоление разрыва качества» акцентируется внимание на том, что повышение безопасности медицинской помощи возможно только через изменение культуры профессиональной деятельности, ставящей во главу угла интересы пациента, и открытое обсуждение ошибок с целью их обнаружения и устранения их причин (а не людей, совершивших ошибки).

В 2005 году под эгидой ВОЗ в Москве проведен День Альянса за безопасность пациентов, позволив-

ший руководителям отечественного здравоохранения обратить внимание на эту проблему, так как в России практически отсутствуют научные исследования по культуре безопасной больничной среды в отечественных медицинских организациях [1].

В ходе анализа теоретических источников нами было сформулировано определение культуры безопасной больничной среды как интегрированной структуры индивидуального и организационного поведения, основанной на общих убеждениях и ценностях всех членов коллектива, которые постоянно стремятся к минимизации вреда пациенту в процессе оказания медицинской помощи.

Цель работы: провести анализ и структурировать сильные и слабые показатели условий формирования культуры безопасной больничной среды на примере МУЗ «Зубовская участковая больница» Клинского района Московской области.

Методы исследования. Для исследования выбрана методика, разработанная и апробированная Агентством по исследованиям и качеству в здравоохранении (Agency for Health Care Research and Quality) (АНРQ) в 2004 году в США [4]. Используя разработанную АНРQ методику, можно выявить сильные и слабые стороны в культуре безопасной больничной среды для пациентов, используя субъективное мнение сотрудников медицинской организации.

С момента начала практических исследований, проводимых АНРQ с 2004 года, данная методика апробирована и успешно используется в сотнях больниц по всей территории США и других государств. В 2006 году АНРQ профинансировало формирование сравнительной базы данных результатов исследований в области культуры безопасности. База данных включает в себя добровольно представленные данные из больниц США, проводивших исследования по культуре безопасной больничной среды. Сравнительная база данных отчетов была сформирована на основе исследований, проводимых с 2007 года, в них в разные годы приняли участие от 382 до 1032 больниц, опросу в которых подвергались от 108621 до 472 397 сотрудников. Результаты, представленные в сравнительной базе данных, показывают изменения исследуемых параметров во времени.

Анкета-опросник состоит из 42 основных вопросов, распределенных в девяти разделах. Вопросы имеют положительную и отрицательную формулировку. Отрицательно сформулированные вопросы в анкетно-опроснике и при группировке вопросов при анализе отмечены (*).

В анализ культуры безопасной больничной среды, согласно выбранной методике, включены двенадцать характеристик:

1. Работа в команде (4 вопроса).
2. Действия руководителей, в вопросах безопасности пациентов (4 вопроса)
3. Организационное обучение (3 вопроса).
4. Поддержка руководством безопасности пациентов (3 вопроса).
5. В целом восприятие безопасности пациентов (4 вопроса).
6. Обратная связь и сообщение об ошибках (4 вопроса).
7. Открытость общения (4 вопроса).
8. Сообщения о частоте возникновения событий (3 вопроса).
9. Работа в команде в рамках подразделения (4 вопроса).
10. Кадровое обеспечение (3 вопроса).
11. Перемещение внутри больницы (3 вопроса).
12. Реакция на ошибки (4 вопроса).

По каждой характеристике в анкете содержится по 3-4 вопроса, имеющих положительную и отрицательную формулировку (отмечены*). Анализ делается по среднему проценту положительных ответов на вопросы, каждого из двенадцати блоков.

Методика предусматривает самостоятельный выбор исследователем пороговой границы, на основании которой характеристики будут оцениваться как положительные и отрицательные. Нами выбрана граница в 50%. Надежность и внутреннюю согласованность вопросов в блоках определяет коэффициент альфа Кронбаха. Надежность показывает, что результаты проводимого исследования близки к истине.

Результаты и обсуждение. В ходе анализа результатов исследования, было определено, что субъективное мнение медицинских работников о безопасности больничной среды для пациентов находит объективное отражение в формировании критериев, характеризующих культуру безопасной больничной среды в МУЗ «Зубовская участковая больница».

Были проанкетированы сорок два сотрудника МУЗ «Зубовская участковая больница», принимающих участие в лечебном процессе (рис. 1): 8 врачей (19,1%), 3 фельдшера (7,1%), 16 медицинских сестер (38,1%), 1 лаборант (2,4%), 2 медицинских регистратора (4,8%), 12 младших медицинских работников (28,6%).

Оценка сроков работы сотрудников в системе здравоохранения, в данной профессии и данной организации показал, что коллектив организации состоит из опытных квалифицированных сотрудников, более 80% которых имеют стаж работы в здравоохранении, данной организации и данной должности свыше 5 лет, что свидетельствует о наличии устойчивых традиций и отлаженного стиля работы в организации (табл. 1 и рис. 2).

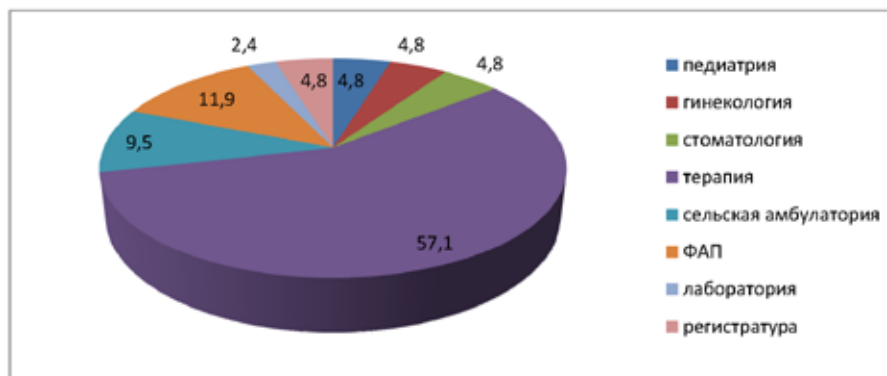


Рис. 1. Распределение респондентов по занятости в областях медицины, (% к итогу)

Таблица 1

Сроки работы сотрудников в сфере здравоохранения, в данной организации и данной должности

	В здравоохранении (абс. число / %)	В данной мед. организации (абс. число / %)	В нынешней должности (абс. число / %)
Менее 1 года	0	4/9,5	1/2,4
От 1 до 5 лет	1/2,4	13/31	7/16,7
От 6 до 10 лет	3/7,1	5/11,9	11/26,2
От 11 до 15 лет	5/11,9	5/11,9	6/14,3
От 16 до 20 лет	16/38,1	4/9,5	6/14,3
Свыше 20 лет	17/40,5	11/26,2	14/33,3
Итого:	42/100	42/100	42/100

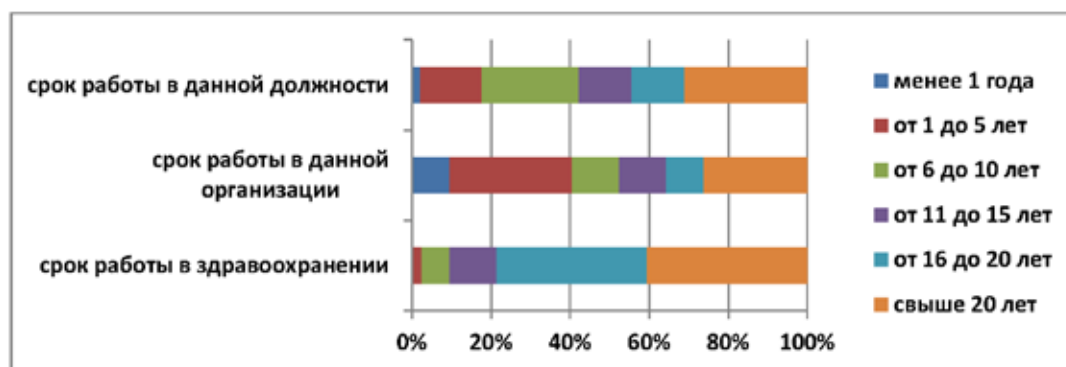


Рис. 2. Распределение респондентов по срокам работы в должности, организации, системе здравоохранения

Таблица 2

Распределение результатов анкетирования в блоке «Работа в команде»

Код вопроса	Число проголосовавших (абс. числ)	Процент положительных ответов (%)	Категорически не согласен (абс. числ/%)	Не согласен (абс. числ/%)	Не знаю (абс. числ/%)	Согласен (абс. числ/%)	Полностью согласен (абс. числ/%)
1	2	3	4	5	6	7	8
A1	42	78,6%	-	7/16,7	2/4,8	33/78,6	-
A3	42	88,1%	2/4,8	3/7,1	-	34	3/7,1
A4	42	76,2%	-	9/21,4	1/2,4	30/71,4	2/4,8
A11	42	66,7%	5/11,9	9/21,4	-	28/66,7	-
Средний процент положительных ответов – 77,4%							
A1 – Сотрудники больницы поддерживают друг друга							
A3 – Когда необходимо сделать большой объем работы быстро, мы работаем вместе, как команда							
A4 – В больнице сотрудники относятся друг к другу с уважением							
A11 – Когда кто-то из сотрудников очень занят, коллеги всегда готовы помочь							

На следующих трех рисунках (рис. 3-5) в качестве примера представлена методика анализа ответов респондентов по вопросам использованной анкеты.

Так, в табл. 2 наглядно представлено, каким образом распределились ответы на вопросы по блоку «Работа в команде» (цветовым индикатором определены ответы, оцениваемые как положительные).

Из табл. 2 наглядно видно, что средний процент положительных ответов составил 77,4%. Надежность измерения альфа Кронбаха (0,83) – хорошая.

Вывод: Работа в команде – это сильная сторона культуры безопасной больничной среды МУЗ «Зубовская участковая больница». Члены коллектива являются командой, в которой обязанности четко распределены между членами коллектива.

В табл. 3 и на рис. 4 представлена несколько иная картина. Средний процент положительных ответов на вопросы блока «Открытость общения» составил 52,4% и близок к нижней границе 50% заданной нами как критерий оценки результатов. Надежность измерения альфа Кронбаха (0,72) – достаточная.

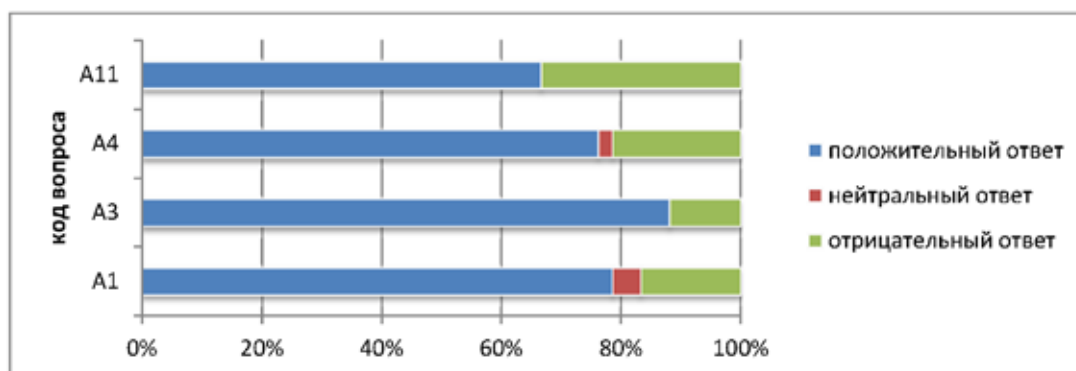


Рис. 3. Распределение ответов в блоке «Работе в команде»

Таблица 3

Открытость общения

	1	2	3	4	5	6	7	8
C2		42	47,6%	-	14/33,3	8/19	11/26,2	9/21,4
C4		42	66,7%	-	13/31	1/2,4	10/23,8	18/42,9
C6*		42	42,9%	1/2,4	17/40,5	3/7,1	18/42,9	3/7,1
Средний процент положительных ответов – 52,4%								
C2 – Персонал открыто говорит, если видит что-то, что может негативно повлиять на лечение пациентов								
C4 – Персонал не стесняется задавать вопросы более опытным сотрудникам о том, как поступить								
C6* – Сотрудники боятся задавать вопросы, когда видят ошибки в действиях других								

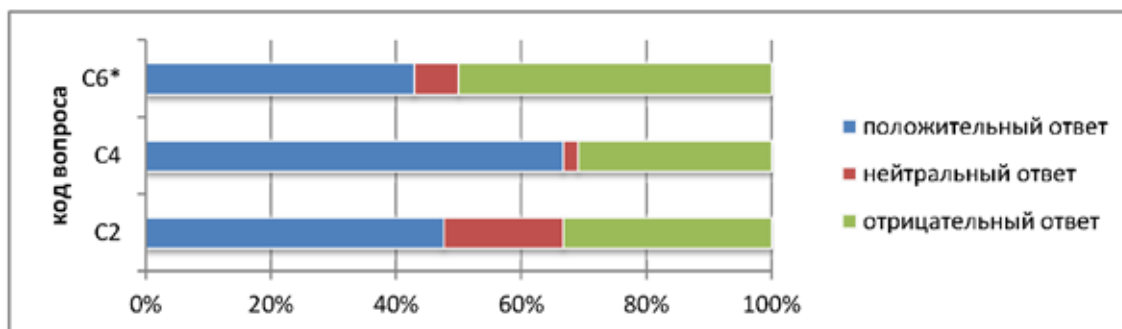


Рис. 4. Распределение ответов в блоке «Открытость общения»

Вывод: Открытость общения можно считать условно положительной характеристикой культуры безопасной больничной среды МУЗ «Зубовская участковая больница». В организации развита система наставничества. Открытость общения о негативных моментах в работе, категория, требующая доработки.

В табл. 4 и на рис. 5 представлен пример, где средний процент положительных ответов по характеристике «Поддержка руководством безопасности пациентов» низкий и равен 31%. Надежность измерения альфа Кронбаха (0,83) – хорошая.

Вывод: Поддержке руководством безопасностью пациентов – это слабая сторона культуры безопасной больничной среды. Руководство организации уделяет недостаточно внимания вопросам безопасности пациентов.

Подобным образом оценивались все 12 характеристик культуры безопасной больничной среды МУЗ «Зубовская участковая больница».

Путем анализа данных по всем характеристикам была выстроена иерархия характеристик культуры безопасной больничной среды МУЗ «Зубовская участковая больница», от наибольшего значения среднего процента положительных ответов к наименьшему (табл. 5, рис. 6).

Таблица 4

Поддержка руководством безопасности пациентов

1	2	3	4	5	6	7	8
F1	30	38,1%	-	18/42,9	8/19	13/31	3/7,1
F8	30	23,8%	4/9,5	19/45,2	9/21,4	9/21,4	1/2,4
F9*	30	31%	-	13/31	9/21,4	19/45,2	1/2,4
Средний процент положительных ответов – 31%							
F1 – Руководство обеспечивает рабочую атмосферу, которая способствует безопасности пациентов							
F8 – Действия руководства показывают, что безопасность пациентов является главным приоритетом.							
F9* – Руководство проявляет заинтересованность в безопасности пациентов только после неблагоприятных происшествий.							

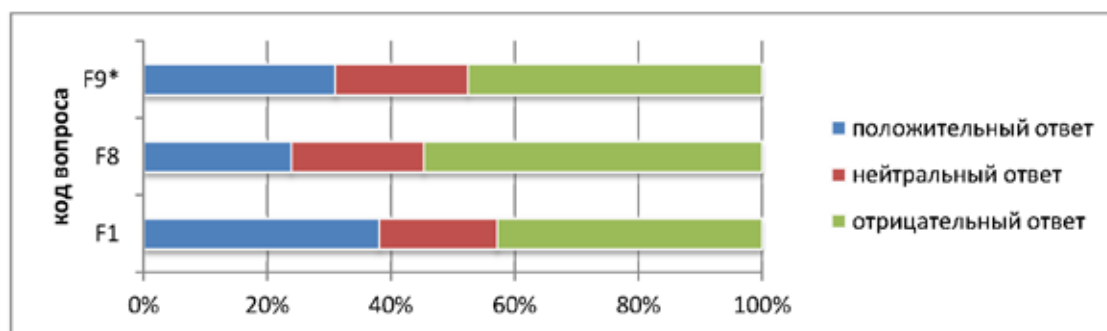


Рис. 5. Распределение ответов в блоке «Поддержке руководством безопасности пациентов»

Таблица 5

Сводная таблица распределение процента положительных ответов по блокам

№ п/п	Название блока	Средний процент положительных ответов	Заключение
1	Работа в команде	77,4%	Сильная сторона
2	Кадровое обеспечение	73,8%	Сильная сторона
3	Работа в команде в рамках подразделения	60,7%	Сильная сторона
4	Перемещение внутри больницы	53,6%	Сильная сторона
5	Открытость общения	52,4%	Сильная сторона
6	Организационное обучение	50,8%	Сильная сторона
7	Обратная связь и сообщение об ошибках	39,9%	Слабая сторона
8	Действия руководителей, в вопросах безопасности пациентов	38,1%	Слабая сторона
9	Реакция на ошибки	37,7%	Слабая сторона
10	Поддержка руководством безопасности пациентов	31%	Слабая сторона
11	Сообщения о частоте возникновения событий	25,4%	Слабая сторона
12	В целом восприятие безопасности пациентов	20,2%	Слабая сторона



Рис. 6. Распределение процента положительных ответов по блокам

Сильными сторонами культуры безопасной больничной среды можно считать шесть характеристик, где средний процент положительных ответов колеблется от 50,8% до 77,4%.

Работа в команде как в целом по больнице, так и по структурным подразделениям, а так же кадровое обеспечение – это истинно сильные стороны организации (процент положительных ответов более 60%).

Организационное обучение, открытость общения и перемещение внутри больницы – условно положительные характеристики культуры ББС (процент положительных ответов близок к нижней границе – 50%).

Слабые стороны культуры безопасной больничной среды также отражены в шести блоках, где средний процент положительных ответов находится в пределах от 20,2% до 39,9%.

Действия и поддержка руководителей в вопросах безопасности пациентов, обратная связь, сообщения о частоте возникновения и реакция на ошибки, а также восприятие безопасности пациентов в целом – характеристики, требующие детального анализа и комплекса мер по улучшению (процент положительных ответов ниже 40%).

Выводы. В современных условиях стремительно-го развития медицинских технологий, применяемых для диагностики и лечения различных заболеваний, актуальным является вопрос создания на уровне медицинской организации условий, минимизирующих неблагоприятные последствия медицинских вмешательств.

Проведенное нами исследование показало, что МУЗ «Зубовская участковая больница» является организацией с недостаточно сформированной культурой безопасной больничной среды, так как имеет небольшое количество четко очерченных ценностей в вопросах обеспечения безопасности пациентов.

Условием для формирования модели высокой культуры безопасной больничной среды в МУЗ «Зубовская участковая больница» должно стать стремление соответствовать определенным критериям, т.е. стремление учитывать определенные правила принятия решения, которые будут регулировать оценку на соответствие предъявленным требованиям.

1. На пути создания высокой культуры безопасности необходимо обеспечить приверженность этому делу руководства организации. Подтверждением этого является то, что руководители высшего звена выделяют время и ресурсы на безопасность и выступают в качестве примера для своих сотрудников.

2. Необходимо создать четко отлаженную систему контроля над ведением работ, которые должны быть четко определены, просты и годны к ежедневному применению. Персонал должен быть вовлечен в разработку и совершенствование процедур, четко понимать последствия их несоблюдения. Руководителям подразделений необходимо быть бдительными, чтобы не допускать случаев «работы в обход требований». Недопустимо потворствование выбору кратчайших путей или несоблюдению требований даже в случаях значительной эксплуатационной напряженности. Самоуспокоенность и отрицание могут способствовать формированию низкой культуры, которую впоследствии будет сложно повысить.

3. Культура безопасной больничной среды не может развиваться и совершенствоваться без строгой системы отчетности. Сбои и «почти оплошности» в организациях с хорошей культурой безопасности необходимо рассматривать как уроки, которыми следует пользоваться во избежание более серьезных событий. «Почти оплошности» очень важны, поскольку представляют большее разнообразие и объем информации для изучения, чем сами аварии. Необходимо мотивировать работников к представлению сообщений даже о незначительных проблемах. Таким образом, существует стимул к тому, чтобы расследовать все события, которые могут оказаться поучительными, в целях установления их причин и обеспечения своевременной обратной связи. Руководство организации должно способствовать формированию в организации культуры отчетности «без обвинения», чтобы сотрудники, сообщая о случаях на грани оплошности, были уверены в том, что к этим сообщениям отнесутся с должным вниманием, а они и их коллеги не будут наказаны.

На основании проведенного исследования были разработаны практические рекомендации, призывающие коллектив и руководство организации к раз-

работке и внедрению плана по снижению рисков, протоколов по безопасному применению лекарственных средств, программ управления рисками, правил и процедур идентификации пациентов, алгоритмов безопасной и эффективной передачи информации внутри организации. А также, внедрению в работу организации строгой системы отчетности о безопасности и создании внутриорганизационной базы данных о нежелательных событиях культуры безопасности, для сравнения их в динамике в ходе последующих исследований.

Список литературы

1. Безопасность пациентов – День Альянса в Москве (9-10 декабря 2005 год) [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.safetyquality.ru/content/view/18/9/>
2. Всемирный альянс за безопасность пациентов. Программа перспективного развития. Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: http://www.who.int/patientsafety/events/05/Byklet_RS.pdf.
3. Федеральный надзор России по ядерной и радиационной безопасности Федеральные нормы и правила в области использования атомной энергии от 01.07.1998 НП-001-97 (ПНАЭ Г-01-011-97) Общие положения обеспечения безопасности атомных станций ОПБ – 88/97.
4. Hospital Survey on Patient Safety Culture AHRQ Publication №. 04-0041 September 2004. – URL: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture>.

Социологические науки

ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОЙ МОТИВАЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ

Папанов С.В., Савченко В.В.

*ФГБУ ВПО «Ставропольский государственный
медицинский университет», Ставрополь,
e-mail: vellsav@mail.ru*

В современном российском обществе идет активный процесс модернизации системы управления учреждениями социальной сферы, внедряются новые экономические механизмы финансирования социальных учреждений, развивается рынок платных услуг и механизмы частно-государственного партнерства [1]. Человеческий капитал, личностные и интеллектуальные особенности работников, система трудовой мотивации начинают играть первостепенную роль в современных экономических отношениях [2].

В этой связи особую актуальность приобретает проблема изучения особенностей трудовой мотивации социальных работников. Можно выделить ряд особенностей трудовой мотивации социальных работников.

1. Гуманистическая направленность деятельности – социальные работники играют роль посредников между индивидами, социальными группами, частными и государственными учреждениями и оказывают огромное влияние на формирование ценностей гражданского общества.

2. Творческая природа труда социальных работников – решая множество социальных проблем социальному работнику необходимо творчески подходить к их решению, учитывать изменяющиеся социокультурные обстоятельства, индивидуальные и др. особенности клиентов. Творческий потенциал социального работника строится на основе накопленного социального опыта, психолого-педагогических и предметных знаний, новых идей, умений и навыков, позволяющих находить и применять оригинальные решения и творчество.

3. Высокая степень развития мотивационно-ценностной сферы личности социального работника. Одним из важнейших требований к профессиональной деятельности социального работника является необходимость соблюдения этических принципов и норм, справедливости, тактичности, толерантности, доброты и любви к людям, который порой не всегда способен вызвать к себе подобное отношение.

4. Повышенные эмоционально-психологические нагрузки. В социальной работе персоналу социальных служб приходится иметь дело с социально

дискриминированными людьми и группами (инвалидами, многодетными семьями, беженцами, безработными, одинокими, престарелыми, наркоманами и т.п.). Данные категории клиентов имеющие трудности возрастные (снижение памяти), эмоциональными (гнеливость), что вызывает и повышенную нагрузку на эмоционально-психологическую сферу личности социального работника.

5. Ненормированность рабочего дня, т.е. отсутствие временных рамок на выполнение тех или иных видов профессионального труда. Это отрицательно сказывается на жизнедеятельности самого персонала социальных служб и коллектива в целом. И, как правило, является причиной перегрузки социальных работников, недостатка свободного времени для их профессионального роста, что часто ведет к возникновению стрессов.

6. Преимущественно женский состав. Женские коллективы более эмоциональны, чаще подвержены смене настроений, более конфликтны. В то же время женщины по своей природе более предрасположены к данной профессиональной деятельности, более гибки в выборе приемов и способов социально-психологического воздействия.

7. Неадекватность социально-экономической поддержки социальных работников и их профессионального труда. Традиционно отечественная система социальной защиты финансируется по остаточному принципу, что существенно снижает ее эффективность, негативно влияет на качество услуг и мотивацию работников данной сферы.

8. Дефицит знаний и необходимых навыков. Очевидным препятствием в профессионализации отечественной социальной работы является недостаток опыта в осуществлении данной профессиональной деятельности, что приводит к снижению качества оказываемых услуг, несовершенству социальной поддержки населения.

Повышение эффективности управления в учреждениях системы социальной защиты определяет необходимость дальнейшего изучения этой проблемы, разработки эффект винной системы кадровой политики и системы стимулирования трудовой мотивации специалистов социальной сферы.

Список литературы

1. Митрофанова С.В., Савченко В.В. Проблемы внедрения новых механизмов финансирования учреждений бюджетной сферы // Региональная экономика: теория и практика. – 2012. – № 26. – С. 47-51.
2. Савченко В.В. Модели воспроизводства человеческого капитала в современном российском обществе // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. – 2010. – № 1. – С. 175-181.