

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет
имени Марата Оспанова»



Жамалиева Л.М., Дильмагамбетова Г.С., Кошмаганбетова Г.К.,
Бегалина Д.Т., Есенгалиева И.Е., Егембердиева А.А.,
Абенова Н.А., Таутанова А.К.

КОМПЕТЕНЦИИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Актобе, 2023

УДК 614.253
ББК 51.1
К 63

Рецензенты:

1. Кожин Н.Н. – к.м.н., главный врач городской поликлиники №7 г.Актобе
2. Сартаева А.Ш. – к.м.н., руководитель кафедры общей врачебной практики № 2 ЗКМУ имени Марата Оспанова

Авторы:

Жамалиева Л.М., Дильмагамбетова Г.С., Кошмаганбетова Г.К., Бегалина Д.Т., Есенгалиева И.Е., Егембердиева А.А., Абенова Н.А., Таутанова А.К.

Компетенции семейной медицины: монография / Жамалиева Л.М., Дильмагамбетова Г.С., Кошмаганбетова Г.К., Бегалина Д.Т., Есенгалиева И.Е., Егембердиева А.А., Абенова Н.А., Таутанова А.К. // Актобе: ЗКМУ имени Марата Оспанова, 2023. – 200 с.

Семейному врачу необходимо на протяжении всей жизни повышать свой профессиональный уровень. Компетенции семейного врача разнообразны по охвату полномочий. Это связано со спецификой самой специальности, так как она находится на стыке клинических дисциплин, общественного здравоохранения и смежных с медициной областями (психология, социология и др.). В монографии авторами раскрыты мало освещенные в отечественной литературе компетенции семейных врачей. Лидерство, непрерывное профессиональное развитие на протяжении всей жизни, научная ориентированность в практической деятельности врачей общей практики, обеспечение безопасности пациентов, клиническое наставничество – малый перечень того, что должно быть в практической деятельности семейного врача. Представленный материал вызовет интерес у практических врачей, как с большим стажем работы, так и молодых специалистов семейной медицины, резидентов и студентов.

ISBN 978-601-81049-0-9

УДК 614.253

ББК 51.1



Утверждено и разрешено к изданию типографским способом:
протокол заседания Академического совета НАО «ЗКМУ имени Марата
Оспанова» №5 от 20.06.2023

© Жамалиева Л.М., Дильмагамбетова Г.С., Кошмаганбетова Г.К., Бегалина Д.Т.,
Есенгалиева И.Е., Егембердиева А.А., Абенова Н.А., Таутанова А.К.

СОДЕРЖАНИЕ

Перечень сокращений, условных обозначений, символов.....	5
Введение.....	6
1. Управление ПМСП (<i>Бегалина Д.Т.</i>).....	9
1.1. Роль ПМСП в системе здравоохранения	9
1.2. Ключевая позиция семейной медицины в ПМСП.....	12
1.3. Компетенции и характеристики семейной медицины.....	16
1.4. Семейная медицина в Казахстане.....	18
1.5. Знание принципов управления ПМСП: вопросы общественного здравоохранения.....	20
1.6. Безопасность пациентов и культура безопасности.....	29
1.7. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и система обязательного социального медицинского страхования.....	35
2. Подготовка семейных врачей (<i>Дильмагамбетова Г.С., Абенова Н.А.</i>).....	47
2.1. Компетентностно-ориентированное обучение семейного врача.....	47
2.2. Роль WONCA в продвижении семейной медицины.....	54
3. Непрерывное обучение на протяжении всей жизни (<i>Дильмагамбетова Г.С., Абенова Н.А.</i>).....	61
3.1. Преимущества обучения на протяжении всей жизни.....	61
3.2. Непрерывное профессиональное развитие и качество медицинской помощи.....	63
3.3. Формы непрерывного профессионального развития.....	64
3.4. Непрерывное профессиональное обучение ВОП/СВ.....	65
3.5. Барьеры непрерывного профессионального развития в ПМСП.....	69
4. Клиническое наставничество (<i>Есенгалиева И.Е.</i>).....	70
4.1. Определение и роль клинического наставничества.....	70
4.2. Преимущества клинического наставничества.....	72
4.3. Вызовы и проблемы клинического наставничества.....	77
4.4. Лучшие практики в клиническом наставничестве.....	80
4.5. Будущее клинического наставничества.....	85
4.6. Клиническое наставничество в семейной медицине.....	89
5. Лидерство в семейной медицине (<i>Жамалиева Л.М., Таутанова А.К.</i>).....	97
5.1. Развитие лидерских навыков.....	97
5.2. Концепция лидерства.....	100
5.3. Примеры лидерских позиций в здравоохранении.....	102
5.4. Распространенные стили лидерства в здравоохранении.....	103
5.5. Важность лидерства в здравоохранении.....	105
5.6. Портрет академического лидера семейной медицины.....	109
5.7. Воспитание поддерживающей культуры лидерства.....	111
5.8. Основы для обучения лидерству.....	112
5.9. Лучшие практики обучения и оценки лидерских навыков для резидентов семейной медицины.....	116

6. Исследования в первичной медико-санитарной помощи (<i>Кошмаганбетова Г.К.</i>).....	120
6.1. Важность научных исследований.....	120
6.2. Характеристики исследований в семейной медицине.....	121
6.3. Повышение качества с помощью исследований: операционная основа.....	123
6.4. Направление исследований в семейной медицине.....	124
6.5. Общая практика/семейная медицина в Европе.....	130
6.6. Потребности и последствия для будущих исследований.....	138
6.7. Барьеры для проведения исследований.....	146
6.8. Исследования в ПМСП с использованием смешанных методов....	147
6.9. Как выбрать подходящий дизайн исследования?.....	149
6.10. Исследования, ориентированные на первичную медико-санитарную помощь.....	149
7. Модуль «Синдром кашля в практике семейного врача» (<i>Егембердиева А.А.</i>).....	156
7.1. Актуальность.....	156
7.2. Классификация кашля.....	156
7.3. Особенности наиболее часто встречающихся причин кашля в практике семейного врача.....	157
7.4. Пример истории болезни пациентки с кашлевым вариантом астмы.....	159
7.5. Дифференциальная диагностика.....	163
7.6. Ситуационные задачи и тестовые вопросы по модулю «Синдром кашля в практике семейного врача».....	168
Список использованных источников.....	175
Приложения 1	184
Приложение 2	189
Приложение 3.....	194
Приложение 4.....	196
Приложение 5.....	197

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, СИМВОЛОВ

ACGME - the Accreditation Council for Graduate Medical Education
CBME - competency- based medical education
COVID-19 - COronaVIrus Disease 2019
EURACT - European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine
GP/FM – General Practice/Family Medicine
WFME - World Federation for Medical Education
WONCA – the World Organization of Family Doctors
ВВП – валовый внутренний продукт
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВОП – врач общей практики
ВОУЗ - всеобщего медицинского обслуживания
ГОБМП - гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ДМС – добровольное медицинское страхование
ЕСП - единый совокупный платеж
ЗОЖ – здоровый образ жизни
ИИ - искусственный интеллект
ММБ - многопрофильной межрайонной больницы
НПР - непрерывное профессиональное развитие
ОВП – общая врачебная практика
ОМС - обязательное медицинское страхование
ООН - Организация Объединенных Наций
ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни
ОСКЭ - объективный структурированный клинический экзамен
ОСМС - обязательное социальное медицинское страхование
ОФОЗ - оперативные функции общественного здравоохранения
ОЭСР - организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь
РКИ - рандомизированные контролируемые испытания
СВ – семейный врач
СМ – семейная медицина
ССД - средний уровень дохода
ФМС - фонд медицинского страхования
ЦУР - цели устойчивого развития

ВВЕДЕНИЕ

В системе здравоохранения Республики Казахстан семейная медицина (СМ) является важным звеном первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В нашей стране более распространено называть ее общей врачебной практикой (ОВП), семейных врачей (СВ) – врачами общей практики (ВОП).

Эта специальность занимается непрерывной профилактической и лечебной помощью при первом контакте пациентов вне зависимости от пола, возраста, социального статуса и вероисповедания. ВОП/СВ предоставляет качественный, комплексный и непрерывный уход часто в качестве первого контактного лица для прикрепленного населения. Оказывая медицинскую помощь, помимо непосредственной лечебной работы, ВОП/СВ сталкивается с ситуациями, где нужно справляться с психологическими проблемами, решать социальные вопросы, принимать управленческие решения и др.. Следовательно, врач должен быть подкован не только клиническими, а также неклиническими знаниями и навыками. В связи с этим, определение семейного врача включает не только профессиональные качества, но и обязанности, полномочия и ответственность врача перед обществом, что по сей день меняется. Отличительной чертой семейного врача от других специальностей является его пациенториентированность. В современных реалиях СВ специализируется на клинической медицине и оказывает первичную медико-санитарную помощь во всех видах систем здравоохранения. Семейный врач имеет возможность и полномочия принимать и применять широкий спектр медицинских решений в рамках своей дисциплины, может выполнять эту обязанность в любое время и в любом месте и независим в отношении контроля [1]. Семейные врачи специализируются на холистическом подходе к пациентам. В последнее время все чаще делается акцент на ориентир ПМСП. В этом непрерывном процессе предоставляется помощь ВОП/СВ определенному сообществу на основе его оцененных потребностей в области здравоохранения [2].

ВОП/СВ имеют самую широкую потенциальную базу пациентов по сравнению с другими медицинскими специальностями, что требуют от них обширные знания, которые пересекаются с базой знаний других медицинских специальностей. Учитывая широту ролей и обязанностей ВОП/СВ, важно понимать, что врачи на самом деле делают и, что им разрешено делать в своей профессиональной деятельности на протяжении всей своей карьеры [3].

Качественная работа ВОП/СВ улучшает такие важные показатели, как смертность, обеспечивая важнейшее профилактический уход, скрининг и мониторинг населения. Доказано, что один СВ на 10 000 человек увеличивает продолжительность жизни на 51,5 дня и снижает смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, рака и респираторных заболеваний на 0,9%, 1% и 1,4% соответственно [4].

В системе здравоохранения Казахстана укрепление ПМСП посредством развития семейной медицины является одним из главных приоритетов реформы здравоохранения. Однако, до сих пор отмечается медленный

прогресс в этом направлении.

Зная о том, что ВОП в системе здравоохранения страны занимает центральную позицию, существует значительная нехватка специалистов семейной медицины. Эта тенденция характерна и для стран дальнего зарубежья [5]. Причин сложившейся ситуации несколько: инфляция и снижение государственных инвестиций в первичную медико-санитарную помощь на разных уровнях, непопулярность специальности среди выпускников вузов, малая заработная плата, выгорание врачей первичного звена, большая загруженность в клинической работе, фрагментарность обучения студентов в медицинских вузах. В целом это привело к дефициту ВОП/СВ в практическом здравоохранении.

К вызовам в системе здравоохранения в современных реалиях относятся старение населения в сочетании с увеличением сложности ухода за пациентами, рост хронических заболеваний, полиморбидность, полипрагмазия, внедрение страховой медицины, отставание сельской медицины и др. Перечисленное приведет к ограничению доступа пациентов к медицинской помощи на амбулаторном этапе, ухудшению состояния пациента. Без своевременного доступа пациента к медицинской помощи на первичном уровне, возникнет напряженность в стационарной службе, перегрузка системы здравоохранения. Еще одну озабоченность вызывает средний возраст практикующих ВОП/СВ в стране, приближающийся к пенсионному.

Еще одним важным моментом является недопонимание со стороны врачей других специальностей работы ВОП/СВ. В большинстве случаев сложилось мнение о так называемой «диспетчерской» работе ВОП/СВ. Это может быть связано с недостаточно ясным или полным пониманием принципов семейной медицины среди самих СВ и других специалистов.

Для выхода из сложившейся ситуации необходимо объединиться на всех уровнях системы здравоохранения страны в тесном сотрудничестве с медицинскими вузами и выстроить краткосрочные и долгосрочные стратегии решения проблемы. К первой можно отнести финансовую мотивацию ВОП/СВ, административную поддержку на местах, поощрения и увеличение квотных мест на обучение в резидентуре по семейной медицине. Долгосрочные планы должны включить мобилизацию ВОП в регионы, где имеется недостаточное количество специалистов первичного звена, увеличение количества выпускников медицинских вузов и резидентов по специальности семейной медицины, пересмотр образовательных программ обучения по семейной медицине на уровне бакалавриата, интернатуры и резидентуры с акцентом на компетентностный подход в семейной медицине, подготовка профессорско-преподавательского состава.

В представленной научной рукописи мы хотели бы сделать акцент на важных для семейной медицины компетенциях, которым на данный момент уделено мало внимания. Предлагаем вам посмотреть на семейную медицину как на многогранную дисциплину, требующую от специалиста

подготовленности не только в медицинских знаниях, но и определенных психологических характеристик, ориентированности на человека и сообщество, холистического подхода к пациентам и духовной предрасположенности к этой профессии.

Монография будет интересна как для молодых врачей ВОП/СВ, так и опытных, как для студентов, так и преподавателей семейной медицины.

ГЛАВА 1. УПРАВЛЕНИЕ ПМСП

Роль ПМСП в системе здравоохранения

В рамках реформирования здравоохранения, направленного на обеспечение всеобщего и равноправного доступа граждан к высококачественному медицинскому обслуживанию, большое внимание уделяется первичной медико-санитарной помощи. Увеличение продолжительности жизни, снижение детской смертности в первые годы жизни, внедрение инновационных технологий являются показателями больших достижений в здравоохранении. Однако для решения таких проблем как высокая частота хронических неинфекционных заболеваний, старение общества, коморбидность, повышение требовательности пациентов, а также рост социально уязвимых пациентов, необходимо, чтобы предоставляемая помощь была социально-ориентированной, направленной на все более сложные потребности в уходе, скоординирована на всех этапах ее оказания и более доступна (финансово, территориально).

Эффективная медико-санитарная помощь является основой устойчивого развития здравоохранения будущего. Именно от эффективности работы первичного звена во многом зависят конечные результаты функционирования здравоохранения в целом. В первую очередь потому, что ПМСП – это «входные ворота» системы здравоохранения, обеспечивающие комплексную медицинскую помощь и всеобщий охват услугами здравоохранения.

Фрэнкс, Клэнси и Наттинг (1992) привели доводы в пользу обращения к врачу общей практики, прежде чем обращаться за помощью к другому врачу. Наличие отношений с лечащим врачом, который может служить исходным пунктом контакта, сильно и статистически значимо связано с меньшим использованием специалистов и отделений неотложной помощи.

ПМСП считается основной стратегией переориентации модели медицинской помощи, назначенной коммуникационным центром, способной взять на себя координацию ухода за пациентами как фундаментальный атрибут организации систем здравоохранения, способствующей справедливости, доступу, качеству и непрерывности медицинской помощи [6].

Концепция первичной медико-санитарной помощи в середине 70-х годов приобрело пристальный интерес со стороны международного сообщества. С 1978 г. понятие ПМСП неоднократно становилось объектом новых интерпретаций или определений, что привело к путанице в понимании этого термина и практике его применения. Для более координированного осуществления будущих стратегий в области развития ПМСП на глобальном, национальном и местном уровнях и для руководства их осуществлением было разработано четкое и простое определение этого понятия: *«Первичная медико-санитарная помощь – подход к охране здоровья, охватывающий все общество и направленный на равноправное достижение наивысшего возможного уровня здоровья и благополучия каждым членом общества, в рамках которого приоритетное внимание уделяется удовлетворению медико-санитарных потребностей населения на самых ранних этапах их формирования»*

посредством осуществления единого комплекса мероприятий от укрепления здоровья и профилактики до лечения, реабилитации и паллиативной помощи, осуществляемых максимально близко к среде повседневной жизни людей». Основной направленностью ПМСП является приверженность ценностям социальной справедливости, равноправия, солидарности и сотрудничества. Фундаментом этой концепции является признание того, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья – одно из основных прав каждого человека без каких-либо различий.

Знаковым событием для первичной медико-санитарной помощи стала Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, проходившая в Алма-Ате с 06 по 12 сентября 1978 года. Основными постулатами Алма-Атинской декларации были:

- здоровье как право человека;
- сообщества принимают решения, влияющие на их здоровье;
- медицинское обслуживание рядом с местом проживания людей;
- скоординированные усилия всего общества по укреплению здоровья, включая более справедливые социальные и экономические механизмы.

В Декларации также подчеркивается важность служб первичной медико-санитарной помощи. Первичная медико-санитарная помощь является первой точкой контакта человека, когда люди обращаются за медицинской помощью, взаимодействуя со своей семьей и обществом, решая большинство проблем и выступая в качестве точки опоры системы здравоохранения, направляя пациентов в другие службы, когда это необходимо [7]. Видение Алма-Атинской Декларации состояло в том, чтобы изменить понятие о здоровье, избежать больниц, специалистов и болезней, а также признание того, что здоровье – это не только отсутствие болезней, но и социальные, экономические причины и факторы окружающей среды, которые влияют на здоровье отдельных лиц и групп населения [8].

Спустя четыре десятилетия после принятия Алма-Атинской декларации, ее видение здоровья для всех и стратегия первичной медико-санитарной помощи по-прежнему является актуальной. Широкое применение стратегии первичной медико-санитарной помощи, отражая потребности и действия, должны доминировать над глобальными заботами. Ни один из этих принципов не утратил своей актуальности с течением времени. Влияние и канонический статус Алма-Атинской декларации в общественном здравоохранении не имеют себе равных ни в одном другом тексте и, конечно же, по сравнению со многими декларациями, заявлениями и резолюциями, издаваемыми каждый год мировым сообществом здравоохранения.

За 45 лет после Алма-Атинской конференции, в мире появились новые риски, выросло количество неинфекционных заболеваний, потребность населения в лечении хронических неинфекционных заболеваний, пандемия COVID-19. В настоящее время на уровне ПМСП наблюдается интеграция служб первичной помощи и общественного здравоохранения, а также важность усиления первичной помощи в готовности и реагировании на чрезвычайные

ситуации. В Алма-Атинской декларации не было отражения о том, что сейчас называется безопасностью здоровья, а также об услугах здравоохранения на уровне населения. Внедрение новых информационных технологий, которые в последние десятилетия изменили жизнь сообществ, внесло большие коррективы и в сектор здравоохранения.

В 2018 году в Астане прошло мероприятие, посвященное празднованию 40-летия Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи 1978 года и последовавшей за ней Алма-Атинской декларации. Астанинская декларация подтвердила приверженность принципам Алма-Атинской декларации [9].

В сопроводительном документе о концепции были описаны три компонента первичной медико-санитарной помощи: первичная помощь и основные функции общественного здравоохранения - как ядро интегрированных служб здравоохранения, наделенные полномочиями люди и сообщества и многосекторальная политика и действия. Первый компонент первичной медико-санитарной помощи: первичная помощь, придерживается приоритетности территориального принципа, как можно ближе к месту проживания людей с использованием подхода, ориентированного на нужды людей. Второй компонент первичной медико-санитарной помощи определяет право людей быть автономными и контролировать свое здоровье. Основная направленность ПМСП на укрепление собственного здоровья, обучение пациентов самоменеджменту, поддержку в вопросах грамотности здоровья. Третьим компонентом является многосекторальная политика. Современная концепция многосекторальности как части первичной медико-санитарной помощи признает важную роль для достижения целей в области здравоохранения и снижения угроз для здоровья.

Астанинская декларация подчеркивает, необходимость рассмотрения как неотъемлемой части первичной медико-санитарной помощи функции общественного здравоохранения. Общественное здравоохранение – это спектр компетенций и действий, необходимых для достижения главной цели – улучшения здоровья населения. В эти функции общественного здравоохранения включают укрепление здоровья, профилактика заболеваний, эпиднадзор, а также готовность и реагирование на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, включая вспышки. Астанинская декларация 2018 г. возродила глобальное стремление к укреплению первичной медико-санитарной помощи как способу повышения оперативности и готовности системы здравоохранения страны [10]. Пандемия COVID-19 (COronaVirus Disease 2019) показала, что первичную медико-санитарную помощь необходимо укреплять, чтобы эффективно оказывать доступную, скоординированную, комплексную и качественную медицинскую помощь даже во время кризиса.

Несмотря на эти регулярные усилия по обновлению видения Алма-Аты, ни одна страна, не говоря уже о целом мире, не достигла к 2000 г. цели здоровья для всех, поставленной в Алма-Ате.

Многие страны успешно реализовали направления, отстаиваемые в Декларации. В основном это страны с высоким уровнем дохода, но есть и ключевые истории успеха в странах с низким и средним уровнем дохода.

Ключевая позиция семейной медицины в ПМСП

Семейная медицина является частью процесса, посредством которого медицина приспособляется к изменяющимся потребностям общества. Семейная медицина является ключевой специализацией в первичной медико-санитарной помощи во всем мире. Общим для семейных врачей является то, что они получают удовлетворение от личных отношений больше, чем от технических аспектов медицины. Их приверженность группе людей больше, чем своду знаний. Их опыт дает им особый взгляд на болезнь, который включает ее личный и социальный контекст.

В 1979 году Маквинни предложил девять принципов семейной медицины, которых семейные врачи должны придерживаться при оказании помощи пациентам в своих сообществах. Обзор и размышления над этими принципами прояснили, что этим принципам следует уделять больше внимания и практиковать. Кроме того, важен уважительный подход со стороны разных семейных врачей. Чтобы адаптироваться к изменяющимся условиям здравоохранения, образование в области семейной медицины должно быть больше сосредоточено на лично-ориентированном уходе и системах здравоохранения в качестве системных специалистов, учитывать различия в оказании медицинской помощи между городскими и сельскими районами и мотивировать студентов-медиков и местных жителей становиться семейными врачами.

Девять принципов семейной медицины [11]:

1. *Семейные врачи привержены человеку, а не конкретному объему знаний, группе заболеваний или специальным методикам.*

У каждого пациента разные потребности в лечении различных симптомов и заболеваний. На сегодняшний день общество неуклонно стареет, увеличивается количество пожилых пациентов с мультиморбидностью, кроме того социально-экономический статус и культурный фон каждого человека также влияют на его здоровье. В таких ситуациях семейные врачи занимаются вопросами здоровья каждого человека, прислушиваясь к их потребностям, учитывая их опыт, и решать проблемы в их контексте, что называется «уходом, ориентированным на человека». Персонально-ориентированная помощь жизненно важна даже в современной семейной медицине. Семейные врачи должны более комплексно относиться к ведению пациентов как системные специалисты и быть гибкими в любых сложных ситуациях среди пожилых пациентов.

2. *Семейный врач стремится понять контекст болезни.*

Понимание контекста пациентов полезно для ухода за ними, поскольку контекст влияет на управление здоровьем. Например, когда семейные врачи начинают работать, особенно в сельской местности, они часто изначально не в состоянии понять предпочтения пациентов в еде, его социальное

окружение. Семейный врач может заниматься состоянием пациентов, включая их жизнь и отношения с окружающими. Пациенты как система могут подвергаться их постоянному воздействию.

3. Семейный врач рассматривает каждый контакт со своими пациентами как возможность предотвращения болезни или укрепления здоровья.

К семейным врачам обращаются пациенты с различными симптомами и фоном. Некоторые пациенты могут не иметь хронических заболеваний регулярно, но у них может быть гипертония и другие факторы риска, такие как табачная и алкогольная зависимость. Семейные врачи могут выявлять и лечить различные хронические состояния в дополнение к устранению острых симптомов и осуществлять последующее наблюдение. Эти подходы могут привести как к первичной, так и к вторичной профилактике.

4. Семейные врачи рассматривают свою практику как группу риска.

Семейные врачи, как системные специалисты, должны расширять свои взгляды от человека к сообществу. Сосредоточение внимания на факторах риска, которые они могут снижать, поможет людям в сообществах изменить свой образ жизни, что в конечном итоге приведет к улучшению здоровья. В соответствии с этим принципом семейные врачи должны иметь широкие перспективы как профессионалы, мотивируя студентов-медиков становиться семейными врачами, специалистами с широким спектром практической деятельности. Семейные врачи считают себя частью общественной сети поддерживающих медицинских учреждений. При оказании медицинской помощи по месту жительства семейные врачи могут служить центром медицинской информации, касающейся проблем со здоровьем. Семейные врачи должны обсуждать проблемы со здоровьем с людьми в своих сообществах, чтобы обеспечить лучшее медицинское обслуживание в этом конкретном контексте. Сотрудничество между семейными врачами и другими специалистами в области здравоохранения может помочь разработать способы реализации различных стратегий для решения проблем со здоровьем.

6. В идеале семейные врачи должны жить в той же среде, что и их пациенты.

Где бы ни жили семейные врачи, на практику семейных врачей влияют различные местные факторы в системах здравоохранения. Семейные врачи должны понимать культуру и особенности пациентов, чтобы эффективно работать в обществе. Системы здравоохранения имеют культуральные и контекстные отличия. В нынешнюю эпоху развиваются мультикультурные общества и религиозные направления, семейные врачи должны учитывать эти особенности и преобразовать свою практику в систему.

7. Семейный врач принимает пациентов на дому.

Визиты на дом жизненно необходимы семейным врачам для оказания паллиативной помощи пациентам. Уход на дому может позволить уязвимым пожилым пациентам жить в своих домах в стареющих обществах. Чтобы улучшить уход на дому, семейные врачи должны сотрудничать с различными

медицинскими работниками, такими как менеджеры по уходу, медсестры и работники по уходу. Чтобы облегчить это, семейным врачам необходимо общаться с пациентами и их семьями относительно непрерывности ухода на дому, поскольку это может быть бременем для семей и лиц, осуществляющих уход. Поэтому семейным врачам необходимо продемонстрировать различные коммуникативные навыки, чтобы выявлять идеи и мнения заинтересованных сторон, участвующих в уходе на дому.

8. Семейный врач придает большое значение субъективным аспектам медицины.

Этот принцип является частью трехэтапного процесса диагностики, предложенного Маквинни. Он состоит из медицинского диагноза, анализа болезни и экологического диагноза. Этот принцип связан с болезнью и экологической диагностикой. Понимание этих аспектов позволяет семейным врачам всесторонне анализировать пациентов, удовлетворять их истинные потребности и предотвращать прогрессирование симптомов и заболеваний. Множество факторов, таких как семья, культура и социальные проблемы, влияют на уход за пациентами. При принятии решений об уходе за пациентами семейные врачи, как узкоспециализированные специалисты, должны уважать субъективность пациентов и соглашаться с ними в процессе принятия решений.

9. Семейный врач является распорядителем ресурсов.

Этот принцип жизненно важен для будущих семейных врачей, которые ведут коморбидные состояния у различных пациентов. Мультидисциплинарные команды часто сотрудничают для лечения коморбидности у пациентов. Семейные врачи должны обладать всесторонними знаниями обо всех аспектах ухода за пациентами, поскольку специалисты в междисциплинарных бригадах, как правило, сосредотачиваются на одном аспекте лечения. Ресурсы здравоохранения ограничены, и их необходимо эффективно использовать для каждого пациента. Специалисты могут управлять чрезмерным использованием ресурсов. Семейные врачи должны избегать больших расходов и практиковать устойчивое здравоохранение.

Предложенные Маквинни принципы семейной медицины не теряют своей актуальности, и реализация этих принципов важна для развития семейной медицины и здравоохранения в целом. Новые медицинские проблемы, такие как пандемия COVID 19, полипрагмазия и фрагментация помощи диктуют необходимость применять более комплексный подход к уходу за пациентами и лучше разбираться в медицинских и социальных проблемах, чем в прошлом. Кроме того, семейные врачи испытывают большую нагрузку, чем в прошлом. Им необходимы изменения в компетенциях, чтобы стать системными специалистами, расширив принципы семейной медицины. Семейные врачи в этом сложном медицинском состоянии должны изменить свои взгляды с человека на системы здравоохранения, чтобы оказывать комплексную помощь [12].

Многие организации поддерживают семейную медицину во всем мире. К ним относятся Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), которая делает первичную медико-санитарную помощь опорой системы здравоохранения. ВОЗ оказывает странам помощь в переориентации их систем здравоохранения на развитие ПМСП. Системы здравоохранения должны отвечать потребностям людей, соответствовать контексту и быть способными выполнять возлагаемые на них задачи. Путь к укреплению систем здравоохранения, включает в себя основные структурные составляющие: управление и финансирование в сфере здравоохранения; кадровые ресурсы здравоохранения; гендерное равенство и права; информационные системы; качество услуг и безопасность пациентов; здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков, а также здоровое старение; охрана сексуального и репродуктивного здоровья; лекарственное обеспечение и снабжение медицинской продукцией; готовность к чрезвычайным ситуациям, реагирование на них и ликвидация их последствий; борьба с инфекционными и неинфекционными заболеваниями. Они взаимосвязаны, взаимосвязаны и усиливают друг друга.

В области развития ПМСП во всем мире ВОЗ выделила три стратегические направления своей работы:

1. Создание механизма «единого окна» для получения государствами-членами поддержки в развитии ПМСП, адаптированной к местному контексту и местным приоритетам. К этому направлению работы относится подготовка и реализация основных принципов развития ПМСП, извлечение практической выгоды из возможностей, открывшихся в контексте реагирования на COVID-19, восстановление систем здравоохранения после пандемии на новых принципах и на основе ПМСП. Эта важнейшая работа проводится с опорой на текущую деятельность и опыт стран и регионов всего мира.

2. Формирование доказательной базы и стимулирование инноваций в области ПМСП с более четким акцентом на охвате услугами неблагополучных категорий населения. Это направление работы опирается на имеющиеся данные об осуществлении мероприятий, рекомендации по передовой практике и практические руководства, экспертные знания стран, добившихся успеха в этой сфере, а также литературу, посвященную инновационным решениям. Основными практическими результатами этой деятельности будут рекомендации по мониторингу и измерению прогресса в области ПМСП в странах и, в дальнейшем, публикация глобального доклада о прогрессе в деле развития ПМСП, а также проведение инновационных мероприятий по повышению потенциала на базе Академии ВОЗ.

3. Содействие новому импульсу в развитии ПМСП посредством лидерской роли ВОЗ, информационно-разъяснительной работы и стратегических партнерств с правительствами, неправительственными организациями, организациями гражданского общества, партнерами в области развития, другими учреждениями системы ООН, донорами и прочими заинтересованными сторонами на глобальном, региональном и страновом уровнях.

Среди прочих инициатив в рамках данного направления работы предусмотрено организация внешней Стратегической консультативной группы по ПМСП, которой будет поручено предоставление ВОЗ рекомендаций по вопросам развития ПМСП во всем мире, организации премии за заслуги в деле развития ПМСП во всем мире, а также содействие новым партнерствам и сетям сотрудничества по ПМСП с включением новых категорий заинтересованных сторон, таких как молодые лидеры в сфере здравоохранения, парламентарии и гражданское общество во всем его многообразии.

Семейная медицина является относительно новой дисциплиной во многих странах, и, несмотря на поддержку на высоком уровне, она продолжает представлять широкий спектр проблем на мировом уровне, связанных с различиями в ее масштабах и неоднородностью ее практики в различных глобальных контекстах [13].

Положительный вклад первичной медико-санитарной помощи в здоровье также был обнаружен в более обширном анализе 18 промышленно развитых стран, включая Соединенные Штаты. Чем сильнее была ориентация страны на первичную медико-санитарную помощь (по той же системе баллов, что и в более раннем международном сравнении), тем ниже были показатели смертности от всех причин, преждевременной смертности от всех причин и преждевременной смертности от конкретных причин от астмы и бронхитов, эмфиземы и пневмонии, сердечно-сосудистых заболеваний. Эта взаимосвязь сохранялась даже после учета различных характеристик систем (валовой внутренний продукт на душу населения, общее количество врачей на 1000 человек населения, процент пожилых людей) и характеристик населения, включая среднее количество амбулаторных посещений, доход на душу населения, потребление алкоголя и табака. Исследования в области ПМСП, увеличивающиеся роль и значение в организации здравоохранения первично-медико-санитарной помощи привели к созданию организаций семейных врачей ассоциаций, журналов. Приоритетным направлением во многих странах является поддержка исследований ПМСП для дальнейшего укрепления и развития ПМСП во всем мире.

Компетенции и характеристики семейной медицины

Существует ряд описаний врача общей практики / семейного врача, которые были созданы с течением времени, например, определение Левенхорста (1974 г.), определение WONCA (the World Organization of Family Doctors - Всемирная организация семейных врачей) (1991 г.) и определение Ольсена (2000 г.). Их можно найти в публикации WONCA Europe, посвященной Европейскому определению общей практики/семейной медицины, издание 2011 г. [14].

По определению WONCA 1991 г.:

- Врач общей практики или семейный врач — это врач, который в первую очередь отвечает за оказание всесторонней помощи каждому человеку, обращающемуся за медицинской помощью, и за организацию оказания услуг другим медицинским персоналом в случае необходимости. Врач общей

практики/семейный врач действует как врач общей практики, который принимает всех, кто обращается за медицинской помощью, в то время как другие поставщики медицинских услуг ограничивают доступ к своим услугам на основании возраста, пола или диагноза.

- Врач общей практики/семейный врач заботится о человеке в контексте семьи и семье в контексте сообщества, независимо от расы, религии, культуры или социального класса. Он клинически компетентен, чтобы обеспечить большую часть ухода за ними, принимая во внимание их культуральные, социально-экономические и психологические особенности. Кроме того, он берет на себя личную ответственность за всесторонний и постоянный уход за своими пациентами.
- Врач общей практики/семейный врач выполняет свою профессиональную роль, оказывая помощь либо непосредственно, либо через других лиц в соответствии с потребностями их здоровья и ресурсами, доступными в сообществе, которое он/она обслуживает.

WONCA выделяет основные компетенции в соответствии с основными требованиями, которыми должен овладеть каждый семейный врач, такие как:

- Уход за пациентами – иметь возможность оказывать сострадательную, уместную и эффективную помощь для лечения проблем со здоровьем и укрепления здоровья;
- Медицинские знания – уметь демонстрировать знания и применение ухода за пациентами;
- Практическое обучение и совершенствование – чтобы иметь возможность исследовать и оценивать уход за пациентами, оценивать и усваивать научные данные, а также постоянно улучшать уход за пациентами на основе постоянной самооценки и обучения на протяжении всей жизни;
- Системная практика – чтобы продемонстрировать осведомленность и способность реагировать на более широкий контекст системы здравоохранения, а также способность эффективно использовать другие ресурсы в системе для обеспечения оптимального медицинского обслуживания;
- Межличностные и коммуникативные навыки – для демонстрации межличностных и коммуникативных навыков, которые приводят к эффективному обмену информацией и сотрудничеству с пациентами, их семьями и другими медицинскими работниками;
- Профессионализм – демонстрировать приверженность выполнению профессиональных обязанностей и соблюдение этических принципов.

Семейные врачи являются надежным первым контактным лицом по вопросам, связанным со здоровьем, и непосредственно удовлетворяют большинство потребностей в медицинской помощи. Эта концепция также является основным принципом первичной медико-санитарной помощи, принятым с самого начала семейной медицины. Это напоминание о том, что семейная медицина является дисциплиной первичной медико-санитарной помощи, наследницей общей практики, и что роль семейного врача обязательно

будет совпадать с ролью других поставщиков первичной медико-санитарной помощи. Первый контакт означает, что за помощью обращаются к семейному врачу без направления, и часто это единственный контакт с пациентом. Эта концепция также говорит о полноте и способности удовлетворить большинство предъявляемых к ним потребностей.

Благодаря партнерским отношениям семейные врачи помогают пациентам предотвращать, понимать и лечить болезни, ориентироваться в системе здравоохранения и ставить цели в области здравоохранения. Непрерывность важна для пациентов, особенно из уязвимых групп, и большинство пациентов предпочитают посещать своих врачей. Это связано с большей удовлетворенностью, лучшим соблюдением режима лечения и меньшим количеством госпитализаций и использования отделений неотложной помощи. Первые три из этих функций связаны с болезнью: профилактика, информирование и, в конечном счете, борьба с болезнью. Четвертая функция призвана показать, как семейные врачи помогают пациентам пройти через систему здравоохранения, получая надлежащую помощь и избегая ненужного или вредного лечения.

Семейные врачи адаптируют свою помощь к индивидуальным потребностям своих пациентов и сообществ. Этот элемент описывает потребность в гибкости — уход и люди, которые его предоставляют, будут меняться, чтобы удовлетворить потребности, характерные для их пациентов и сообществ. Он также предназначен для передачи концепции командной работы, согласно которой надежная первичная медико-санитарная помощь не по силам кому-либо в одиночку и требует множества навыков и людей для удовлетворения потребностей своих пациентов. Фраза «пациенты и сообщества» включает семьи, что является уникальным среди поставщиков первичной медико-санитарной помощи. Роль семейных врачей в сообществе, хотя и жизненно важная, недостаточно хорошо описана для данной специальности, даже несмотря на то, что есть много примеров того, как отдельные семейные врачи играли более важную роль в своих сообществах. Семейные врачи используют данные для мониторинга и управления контингентом своих пациентов, а также используют передовые научные данные для определения приоритетности услуг, которые с наибольшей вероятностью принесут пользу здоровью [15].

Семейная медицина в Казахстане

В Казахстане важную роль по поддержке врачей ПМСП и развитию исследований в области первичной медико-санитарной помощи играют Ассоциация семейных врачей Казахстана, Национальная Ассоциация «Primary Health Care».

Реализация трех компонентов Астанинской Декларации позволило на базе Енбекшиказахской многопрофильной межрайонной больницы (ММБ), которая обслуживает более 174 тыс. человек, запустить системные трансформации на уровне первичной медико-санитарной помощи и открыть центр лучших практик.

Енбекшиказахская ММБ определена Всемирной организацией здравоохранения Демонстрационной платформой, целью которой является обмен опытом по интенсивному преобразованию биомедицинской модели оказания услуг ПМСП, причем ориентирована она не только на врача, а на более целостный подход на основе многопрофильных команд ПМСП. Создаются семейные участковые команды, в состав которых входит семейный врач/врач общей практики, три медицинские сестры расширенной практики, а также социальный работник и психолог. В свою очередь проект «Создание сетей сотрудничества, кооперации и соучастия с населением» предусматривает вовлечение граждан в сотрудничество и соучастное стратегического планирования действий для улучшения показателей здоровья и качества жизни. Это мероприятия по пропаганде здорового образа жизни (ЗОЖ), включая создание школ для пациентов, инициативных клубов, кризисных центров, организаций волонтеров, подготовку лидеров в тренеров из числа представителей местных сообществ, создание общественных советов и ассоциаций. Все вышеназванные меры положительно влияют на качество услуг ПМСП. Так, обеспечен выезд узких специалистов в отдаленные районы, организована централизованная работа лаборатории, маршрутизация пациента, слаженно работает служба поддержки пациентов, эффективно функционируют дистанционные консультации участковой службы. Благодаря этому в Енбекшиказахской больнице обоснованных жалоб от пациентов в течение последних трех лет не зарегистрировано. При этом количество обращений к социальным работникам, медицинским сестрам увеличилось более чем в 10 раз, к семейным врачам в сравнении по сравнению 2021 года с 2019 годом увеличилось на 40%. А количество же обращений к узким специалистам снизилось на 12,6% в сравнении 2019 и 2021 года.

Согласно Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» первичная медико-санитарная помощь – это место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества, в том числе:

- диагностику, лечение и управление наиболее распространенными заболеваниями;
- профилактические осмотры целевых групп населения (детей, взрослых);
- раннее выявление и мониторинг поведенческих факторов риска заболеваний и обучение навыкам снижения выявленных факторов риска;
- иммунизацию;
- формирование и пропаганду здорового образа жизни;
- мероприятия по охране репродуктивного здоровья;
- наблюдение за беременными и за родильницами в послеродовом периоде;
- санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний.

Основными принципами работы организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в Казахстане, являются семейный принцип обслуживания, территориальная доступность первичной медико-санитарной помощи, свободный выбор медицинской организации в пределах территориальной доступности, удовлетворенность пациента качеством медицинской помощи, равноправие и добросовестная конкуренция независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, услуги первичной медико-санитарной помощи, охватывающие профилактику, диагностику и лечение, доступные всем пациентам независимо от их места нахождения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами общей практики (семейными врачами), участковыми терапевтами, педиатрами, фельдшерами, акушерами, медицинскими сестрами расширенной практики (общей практики), участковыми медицинскими сестрами, социальными работниками, психологами в области здравоохранения.

Физические лица для получения первичной медико-санитарной помощи прикрепляются к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь. Прикрепление физического лица к организации первичной медико-санитарной помощи является основанием для реализации права на получение медицинской помощи и выполнения обязательств организаций здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования.

Работа ВОП/СВ в Казахстане включает: ведение приема, составление плана оздоровления пациента, консультирование по вопросам планирования семьи и безопасного прерывания беременности, обучение самоменеджменту пациента, а также оценка социального статуса семьи пациента при социально-значимых заболеваниях.

Знание принципов управления ПМСП: вопросы общественного здравоохранения

Введение детерминант здоровья привело к сдвигу в сторону понимания здоровья с целостной точки зрения, а также к более широкому признанию вклада общественного здравоохранения в здоровье населения. Сотрудничество в области первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения может укрепить первичную медико-санитарную помощь на уровне местных сообществ, одновременно решая основные цели с акцентом на сокращение неравенства в отношении здоровья.

Термин «общественное здоровье» всегда имело расплывчатое определение. По словам Уинслоу, ведущего эксперта в области общественного здравоохранения, общественное здравоохранение — это наука и искусство предотвращения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных усилий и осознанного выбора общества, организаций, общественных и частных сообществ и отдельных лиц [16]. Существует семь определений общественного здравоохранения. Общественное здравоохранение

было описано как междисциплинарная область практики, концепция и набор ценностей, учитывающих более широкую перспективу здоровья населения. В восьми документах использовалось определение общественного здравоохранения, данное ВОЗ, как искусство и наука, организованные усилия которых направлены на профилактику болезней и болезней, а также на защиту и укрепление здоровья в обществе. Пять других определений расширяли или подчеркивали различные приоритеты в практике общественного здравоохранения и включали ценности справедливости и равенства.

Общественное здравоохранение – это наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом. Принцип общественного здравоохранения носит общественный и государственный характер, направленность на здоровье в целом. Общественное здравоохранение охватывает все сферы общества влияющие на нарушение здоровья и не ограничивается только пределами сектора здравоохранения.

Некоторые из первых современных попыток прояснить, что именно влечет за собой общественное здравоохранение на практическом уровне, были инициированы отчетом Института медицины 1988 года «Будущее общественного здравоохранения», в котором осудил упадок служб общественного здравоохранения в Соединенных Штатах и призвал к действиям по их улучшению по трем основным функциям: оценка, разработка политики и обеспечение. На международном уровне общественное здравоохранение состоит из услуг по трем категориям: услуги общественного здравоохранения на уровне населения, включая борьбу с переносчиками болезней и санитарное просвещение всего населения; индивидуальная профилактическая помощь, например, вакцинация, добрачное обследование и дородовой уход; и индивидуальная лечебная помощь при состояниях, влияющих на здоровье населения, таких как туберкулез и заболеваний, передающихся половым путем. Общественное здоровье тесно связано с социальным и экономическим развитием, демографической структурой, характером заболеваемости и бременем болезней, а также с существующей административной системой. Эти факторы сильно различаются в зависимости от страны и региона. В документе всесторонне раскрывается развитие сектора общественного здравоохранения Китая, описывается эволюция его политики за последние 70 лет, анализируются результаты этих изменений в политике и анализируются уроки успехов и неудач.

В Европейском плане действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения определены 10 основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ), которые страны могут адаптировать и совместно работать над их выполнением под руководством и при поддержке ВОЗ для оценки и планирования с целью укрепления услуг и потенциала общественного здравоохранения. В течение следующего десятилетия исследователи предложили различные способы выражения этих функций общественного здравоохранения и в измерениях, основанных на практике, включая 10 организационных практик общественного

здравоохранения и основных услуг общественного здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ разработало свои собственные основные функции общественного здравоохранения как способ помощи в создании минимального портфеля услуг общественного здравоохранения.

Базовые оперативные функции общественного здравоохранения:

- Эпиднадзор и оценка состояния здоровья и благополучия населения;
- Мониторинг и реагирование на опасности для здоровья и при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения;
- Защита здоровья, включая обеспечение безопасности окружающей среды, труда, пищевых продуктов и др.;
- Укрепление здоровья, включая воздействие на социальные детерминанты и сокращение неравенств по показателям здоровья;
- Профилактика болезней, включая раннее выявление нарушений здоровья;
- Обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия;
- Обеспечение сферы общественного здравоохранения квалифицированными кадрами достаточной численности;
- Обеспечение устойчивости организационных структур и финансирования;
- Информационно-разъяснительная деятельность (адвокация), коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья;
- Содействие развитию исследований в области общественного здравоохранения для научного обоснования политики и практики;

Эти функции охватывают три основные направления оказания услуг: защита здоровья, профилактика болезней и укрепление здоровья. Концепция основных функций общественного здравоохранения используется почти в 100 странах мира для обозначения услуг и операций, входящих в компетенцию общественного здравоохранения. Для оценки потенциала и эффективности системы здравоохранения был разработан ряд инструментов, основанных на измерениях, и они представляют собой ценный инструмент для улучшения услуг общественного здравоохранения с помощью целостного и комплексного подхода.

Для обеспечения того, чтобы за оценкой последовали улучшения политики, должны быть соблюдены три условия: совместная ответственность местных и национальных заинтересованных сторон, включая учреждения, интеграция в цикл политики здравоохранения с самого начала и наличие национальных или международных экспертов для проведения оценок и проведения реформ [17].

Для реализации основных функций наиболее эффективным является использование интегрированного подхода. Исходя из этого, ОФОЗ были разделены на две группы по пять в каждой: базовые ОФОЗ (для их выполнения необходимы навыки в области общественного здравоохранения и специалисты, владеющие ими) и ОФОЗ, способствующие предоставлению услуг.

Важно отметить, что общественное здравоохранение часто приравнивается и отождествляется как хранитель здоровья населения. Здоровье населения является движущей силой общественного здравоохранения. Его основная

направленность, следуя экологической модели здоровья, связана с тем, как индивидуальные, социальные и экологические детерминанты влияют на результаты в отношении здоровья.

Сильная сторона подхода, основанного на популяционном здоровье, заключается в том, что он признает, что люди не являются пассивными, а являются активными участниками своих собственных результатов в отношении здоровья. Индивидуальное здоровье поддерживается как общественным здравоохранением, так и деятельностью здравоохранения, а также тем, как люди взаимодействуют с этими системами и их более широкой социальной средой. Существует постоянный обмен между отдельными людьми, общественным здравоохранением, политическими и социальными системами, в которые они встроены, с большим количеством ресурсов, программ и услуг, ориентированных на тех, кого считают уязвимыми, чтобы попытаться установить уровень справедливости в отношении результатов здоровья. Можно утверждать, что, хотя деятельность в области общественного здравоохранения ориентирована на население, конечной целью по-прежнему является поддержка индивидуального здоровья в более широком сообществе.

В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы создана служба общественного здоровья на основе интеграции эпидемиологической службы, формирования здорового образа жизни и рационализации питания.

Основными функциями службы общественного здоровья являются:

- повышение информированности населения и его вовлечение в мероприятия по профилактике и снижению вредного воздействия различных факторов окружающей среды, нездорового питания и поведенческих рисков;
- обеспечение эпидемиологического мониторинга за инфекционными и основными неинфекционными заболеваниями;
- обеспечение, координация и расширение межсекторального взаимодействия, направленного на охрану и укрепление здоровья населения страны;
- обеспечение контроля за соблюдением законодательства и других правовых норм в области охраны здоровья;
- внедрение международных систем долгосрочного моделирования и прогнозирования развития заболеваний на региональном и национальном уровнях.

На общественное здравоохранение возложена обязанность защищать и улучшать здоровье населения посредством предоставления эффективного и действенного образования, здорового образа жизни, а также профилактики заболеваний и травм. Основываясь на этом фундаменте, за эти годы в этой области было много достижений. К ним относятся увеличение ожидаемой продолжительности жизни и снижение материнской и младенческой смертности, а также хронических заболеваний, таких как рак, сердечно-сосудистые и производственные травмы. Однако для эффективного решения проблем общественного здравоохранения в условиях современной глобальной экономики практикующим специалистам и исследователям необходима надежная и

своевременная информация, которая облегчает принятие решений на основе фактических данных.

Кроме того, это необходимо, поскольку достижения в области глобализации не только привели к более быстрому перемещению товаров и услуг, но и создали возможности для распространения болезней и других угроз общественному здоровью. Адекватная подготовка к этим угрозам и событиям имеет первостепенное значение, чтобы избежать паники и обеспечить защиту всего населения. Одним из способов обеспечения этого является применение информационных технологий в сфере общественного здравоохранения. Цифровая трансформация в первичной медико-санитарной помощи происходит поэтапно, и со временем был достигнут значительный прогресс.

Взаимодействие первичной медико-санитарной помощи и основных функций общественного здравоохранения считается одним из составных элементов подхода первичной медико-санитарной помощи наряду с расширением прав и возможностей людей и сообществ и межсекторальными действиями (ВОЗ, 2018 г.).

Услуги первичной медико-санитарной помощи — это услуги клинической помощи, предоставляемые на индивидуальной основе, доступные для всех, направленные на устранение наибольшей доли жалоб на здоровье с помощью комплексного подхода на постоянной основе и скоординированные между уровнями медицинской помощи. Со своей стороны, общественное здравоохранение часто определяется как «искусство и наука предотвращения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных усилий общества» [18].

Вмешательство общественного здравоохранения осуществляется на уровне населения. Несмотря на важные различия между двумя областями практики, сотрудничеству между субъектами общественного здравоохранения и поставщиками первичной медико-санитарной помощи часто препятствуют организационные или коммуникативные проблемы между профессионалами, такие как проблемы в обмене данными или разработке общего видения для сообщества. В последние годы некоторые страны продвинулись вперед и создали новые локальные сети для интеграции первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения. Однако отчеты об этом опыте по-прежнему скудны, данные о воздействии на здоровье ограничены, а литература о том, как способствовать развитию такого сотрудничества, отсутствует. В странах с сильной системой первичной медико-санитарной помощи, таких как Нидерланды и Англия, связи и взаимодействие между первичной медико-санитарной помощью и общественным здравоохранением ограничены и снижают эффективность первичной медико-санитарной помощи. Сегодня подход первичной медико-санитарной помощи считается ключом к всеобщему доступу к услугам здравоохранения (ВОЗ, 2019 г.). Действительно, доступность является одним из самых больших вкладов первичной медико-санитарной помощи в улучшение здоровья населения. Это подчеркивает ключевую роль руководства на местном уровне в обеспечении эффективности всеобщего охвата

услугами здравоохранения, даже если это прописано в законодательстве страны. Доступность остается актуальной проблемой во многих странах. Эта проблема усугубляется нехваткой врачей, а также несоответствием организации здравоохранения изменяющимся потребностям в области здравоохранения на местном уровне [19].

Происходящие в мире изменения вносят коррективы к целям и задачам, стоящих перед общественным здравоохранением в отношении различных групп населения. Проблемой общественного здравоохранения является необходимость обеспечить, чтобы услуги были адаптированы к существующим условиям и отражали имеющиеся и будущие угрозы и риски для здоровья населения. В Европейском регионе ВОЗ основные вызовы, с которыми сталкивается общественное здравоохранение и все они усугубляются экономическим кризисом, включают: неравенство в отношении здоровья, глобализация, старение населения, миграция и урбанизация, а также ухудшение состояния окружающей среды и изменение климата. Все эти факторы приводят к изменениям условий жизни, образа жизни и характера заболеваемости. По статистике 86% случаев причиной смерти являются хронические болезни, такие как сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические заболевания дыхательных путей, психические расстройства и сахарный диабет. В то же время существует постоянный риск новых и вновь появляющихся инфекционных болезней, и воздействующих на здоровье чрезвычайных ситуаций. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения и резолюция 62-й сессии Европейского регионального комитета являются основополагающими компонентами региональной политики «Здоровье-2020». В них определены 10 основных ОФОЗ. Потенциальные преимущества интеграции включают привнесение в систему здравоохранения перспективы здоровья населения, расширение доступа к медицинской помощи и сокращение прямых и косвенных затрат на здравоохранение. В ряде работ указываются различные проблемы, связанные с интеграцией, и на то, что она может означать для будущего системы общественного здравоохранения. К ним относятся потеря авторитета и опыта общественного здравоохранения, потенциала и управления конкурирующими приоритетами, что, как следствие, связано с неблагоприятными последствиями для здоровья [20]. Со временем перенаправление ресурсов общественного здравоохранения на первичную медико-санитарную помощь, потеря должностей в подразделениях общественного здравоохранения и потеря связей с партнерами и сообществами будут мешать общественному здравоохранению расширять охват своей деятельности и приводить к фрагментации программ доставки и в услугах, необходимых для защиты здоровья населения, таких как оценка состояния здоровья населения, планирование программ, контроль и эпиднадзор за заболеваниями. Задача разработки интегрированных систем здравоохранения заключается в том, чтобы определить, как наилучшим образом согласовать механизмы финансирования, управления и предоставления услуг, обеспечивая как взаимодополняемость, так и положительные результаты в отношении

здоровья. Поскольку здоровье населения выходит за рамки системы здравоохранения и включает политический, экологический и социальный контексты как таковые, важно понимать эти более широкие контексты, в которых работают системы здравоохранения. Концептуализация текущего соответствия систем общественного здравоохранения системам здравоохранения имеет два важных разветвления. Во-первых, интеграция здравоохранения и общественного здравоохранения будет в лучшем случае затруднена, учитывая, что цели, управление, финансы и предоставление услуг часто не совпадают. Для интеграции должны быть значительные стимулы, и даже при этом может не быть общего видения здоровья, чтобы стимулировать сотрудничество между этими системами. Второе последствие заключается в том, что общественное здравоохранение не сможет информировать о здоровой государственной политике, если только оно не займет место за столом принятия решений в отношении политики за пределами сферы общественного здравоохранения.

Растущие во всем мире базы данных общественного здравоохранения собирают информацию о широко признанных детерминантах здоровья — от демографических характеристик до социально-экономического статуса. Многие выводы в исследованиях в области общественного здравоохранения основаны на опросах и опросах, в которых участникам национально репрезентативных когорт задают вопросы об их доходе, образовании и сексуальной ориентации. Тем не менее, сложности в представлении информации, касающейся пола, расы, этнической принадлежности, страны происхождения или переселения, образования, рода занятий, прошлые истории болезни и вакцинации ошеломляют. Стоят вопросы о том, как отразить гендерную изменчивость, кодировать несколько рас и этническую принадлежность, обеспечить надлежащий перевод медицинских терминов и опросников на различные языки, обеспечить понимание вопросов, а не игнорировать их, обеспечить своевременную доставку записей в хранилище данных. Не секрет, что во многих случаях самое простое решение для чего-либо необычного, несоответствующего — это оставить такую информацию незаполненной.

Во всем мире пандемия усилила существующие структурные уязвимости и значительно усложнила доступ к тем, кто уязвим. Расширяя контекст для понимания и решения проблем разнообразия и неравенства, мы признаем, что доля людей с истощенными ресурсами — мигрантов, беженцев, переселенцев — продолжает расти и расширять круг труднодоступных. Нет никаких сомнений в том, что усилия по проведению широкомасштабных национальных обследований и систем отслеживания вспышек по всему миру заслуживают похвалы. Тем не менее, фундаментальное неравенство существовало до пандемии. Текущие усилия по сбору данных унаследовали все недостатки и, зачастую, неспособность охватить труднодоступные группы населения.

Цифровая революция обещает решить многие проблемы общественного здравоохранения путем разработки глобальных интероперабельных систем наблюдения, комплексных хранилищ данных электронных медицинских карт,

интеллектуальных датчиков и носимых устройств. Цифровая трансформация должна помочь заключить соглашения между разработчиками платформ данных, поддерживающими учреждениями и агентствами, лицами, принимающими решения, и экспертами по политике в области общественного здравоохранения о том, что, как, где и когда следует собирать, сохранять, оценивать и распространять данные. Аргументом в пользу того, что мир готов к цифровым преобразованиям, является то, что данные о здоровье, предоставляемые официальной статистикой на национальном уровне и уровне сообществ, охватывают население с высокой точностью, детализацией и репрезентативностью. Эта точка зрения нуждается в тщательном пересмотре.

Цифровая революция в здравоохранении уже потихоньку захватывает мир. Он перераспределяет ресурсы, диктует потребность в рабочей силе, очаровывает окружающих «блестящими приложениями» и обещает светлое будущее. Некоторые утверждают, что цифровая трансформация систем здравоохранения решит проблемы неравенства в отношении здоровья. Магнаты информационных технологий обещают решить проблему неравенства в доступе к надежной медицинской информации, медицинским знаниям и оборудованию для лиц, которые в противном случае были бы лишены права на получение медицинской помощи. Разработчики обещают улучшить представительство за счет перехода от бумажной документации к информационным панелям на основе искусственного интеллекта (ИИ), расширения доступа к медицинским услугам за счет телемедицины и внедрения интеллектуальных инновационных решений.

Если мы мало или совсем ничего не знаем о проблемах общественного здравоохранения в труднодоступных группах населения, этих проблем не существует — по крайней мере, в приложениях ИИ — потому что никакие данные не поддерживают правила, реализованные в этих приложениях ИИ. При создании таких приложений мы часто предполагаем, что то, чего не хватает, ничтожно мало, случается редко, случайно. Когда причины пропажи различаются в обеспеченных и маргинализированных группах, было бы наивно предполагать, что последствия пропажи одинаковы для разных групп населения. Цифровая революция отвечает потребностям общественного здравоохранения, насколько хорошо она устраняет неравенства в отношении здоровья или пробелы в знаниях, связанные с неравенством. Пока гораздо яснее то, как это служит финансовому управлению медицинскими услугами.

В то время как социальное неравенство растет, также увеличивается информационный пробел в знаниях, которые могли бы обеспечить решения как на местном, так и на глобальном уровне. То, что мы знаем о неравенстве, быстро устаревает. То, что мы хотим знать более подробно, часто затемняется широкими агрегациями и обобщениями. На индивидуальном уровне эти детали часто воспринимаются как стигматизирующие; умноженные на усталость от проведения опроса, они приводят к низкой частоте ответов. На национальном уровне данные, касающиеся состояния здоровья, показателей распространенности заболеваний, участия в глобальных усилиях по эпиднадзору, когда они доводятся до сведения глобальной аудитории и

международных организаций, отражают вопиющее неравенство между странами. Нет никаких сомнений в том, что трансформационные изменения необходимы для оптимизации распределения ресурсов, повышения эффективности и результативности вмешательств в области общественного здравоохранения, а также для определения и реализации стратегий достижения устойчивости. Тем не менее, чтобы быть действительно эффективными и устойчивыми, предпочтительный фокус цифровых технологий должен быть смещен на профилактику заболеваний, направленную на продвижение и поддержку здорового образа жизни и, таким образом, на снижение существующей и будущей нагрузки на здравоохранение.

Нынешняя точка зрения на цифровую индустрию, обещающую улучшить оценку достоверной медицинской информации, заключается в том, что на индивидуальном уровне дезинформация и дезинформация создают барьеры для способности человека заниматься своим здоровьем. В лучшем случае это мнение наивно. Цифровые инструменты могут сыграть огромную роль в удовлетворении потребности в надежной медицинской информации. Тем не менее, информационный кризис продолжающейся пандемии продолжает подпитывать «инфодемию». Цифровой мир не может продвигать достоверную науку, разъяснять ценность вакцинации и защищать работников здравоохранения от издевательств и притеснений. Такая неудача подчеркивает вопиющие пробелы в этике, связанной с техническими решениями.

Обязательство улучшить общественное здравоохранение подразумевает усилия по сокращению неравенства в отношении здоровья. Поскольку неравенство в отношении здоровья продолжает расти, эта насущная тема привлекает внимание многих в социальных сетях, группах защиты интересов и научных кругах, а также их коллег из деловых кругов. «Внимание — это начало преданности», — сказала Мэри Оливер, поэтесса, лауреат Пулитцеровской премии. Преданность и приверженность общественному здравоохранению необходимы для обеспечения того, чтобы продолжающаяся цифровая революция служила всем, делая ответные меры в области здравоохранения на уровне населения более быстрыми, более инклюзивными, более эффективными, более надежными и менее подверженными ошибкам.

Существует ряд способов определения интеграции между секторами здравоохранения. В литературе достаточно последовательно отражены скоординированная инфраструктура и финансирование, общее видение, миссия и ценности, согласование целей и задач, согласование руководства, партнерство, устойчивость и оценка, участие сообщества, общие данные и анализ. контекстные переменные; и инновации [21].

Основополагающими аспектами партнерства, описывающие основные компоненты построения отношений между партнерами являются такие атрибуты, как лидерство, общение, осведомленность, формальные процессы, история и ценности.

Слаженное и многоуровневое руководство является важным аспектом успеха партнерских отношений. Взаимная осведомленность также была связана

с пониманием областей общих приоритетов, миссии и видения, таких как стремление повлиять на здоровье населения. Ценность обмена опытом и возможностями обучения как способ создания возможности для построения отношений и знаний друг о друге. Постоянные изменения в системах здравоохранения усложняют возможность своевременного и эффективного общения.

Безопасность пациентов и культура безопасности

Безопасность пациентов в первичной медико-санитарной помощи является новой областью исследований с доказательной базой. ВОЗ определяет безопасность пациентов как «предотвращение ошибок и неблагоприятных последствий для пациентов, связанных с оказанием медицинской помощи» и «не причинение вреда пациентам» [22].

Безопасность пациентов привлекает повышенное внимание во всем мире. Ежегодно миллионы пациентов во всем мире становятся инвалидами, получают травмы или умирают из-за небезопасной медицинской практики. Это привело к более широкому признанию важности безопасности пациентов, включению подходов, связанных с безопасностью пациентов, в стратегические планы организаций здравоохранения и растущему объему исследований в этой области. «Человеку свойственно ошибаться: создание более безопасной системы здравоохранения», опубликованной в 1999 году Институтом медицины, в ней подчеркивалось, что безопасность является ключевой и фундаментальной задачей. Это была знаковая публикация для безопасности пациентов, в которой предупреждалось об ошибках в медицинском обслуживании и потенциальном вреде для пациентов. На сегодняшний день разработаны и внедрены в практику шесть международных целей для повышения безопасности пациентов в медицинских организациях. Эти цели адаптированы из международной практики в стандарты национальной аккредитации в параграфе "Безопасность пациента" главы "Лечение и уход за пациентом".

Ошибки, связанные с неправильной идентификацией пациента, проявляются практически на всех этапах диагностики и лечения, так как пациент может быть в бессознательном состоянии, дезориентирован, не в полном сознании или в коматозном состоянии. В процессе получения лечебных профилактических процедур, возможны нарушения функций органов чувств, пациенты могут не помнить свое имя, возможны другие обстоятельства, способствующие ошибочному определению пациента, которое в свою очередь может привести к серьезным инцидентам: ошибки при введении лекарственных средств, ошибки в лабораторных исследованиях, проведение инвазивных процедур не тем пациентам.

1. Правильная идентификация пациентов. Для идентификации пациента необходимо правильно определить пациента, которому предназначено проведение лечебной или другой манипуляции и предоставить данному пациенту корректную лечебно-диагностическую услугу.

2. Обеспечение эффективной передачи информации среди медицинских работников.

Эффективная передача информации, которая своевременно и точно доводится до получателя информации, ведет к снижению числа ошибок и способствует повышению безопасности пациентов. Передача информации может происходить в электронном, устном или письменном видах. Плохая передача информации, включая устные или телефонные назначения, передача критических результатов диагностических тестов устно или по телефону могут негативно повлиять на уход за пациентом.

3. Безопасное использование препаратов высокой степени риска.

Медикаменты высокого риска, при работе с которыми имеется повышенный риск причинения вреда пациенту, требующие осторожности и внимательности при обращении. В понятие медикаментов высокого риска также входят медикаменты схожие по внешнему виду и схожие по названию.

4. Верификация правильного участка хирургического вмешательства.

Серьезные травмы пациентов, а также непредвиденные события, приводящие к смерти пациента, связанных с «не тем участком тела», проведением «не той» процедуры, либо «не тому пациенту», остается тревожно высокой. Основными причинами возникновения подобных ошибок являются неэффективные или несоответствующие коммуникации между персоналом хирургической команды, недостаточное вовлечение пациента в процесс маркировки участка тела, отсутствие процедур по верификации правильного участка тела. Кроме того, плохо проведенный осмотр пациента, невнимательное ознакомление с медицинской картой пациента, атмосфера в организации, не способствующая открытому общению между членами хирургической команды, проблемы, связанные с неразборчивым почерком и использование аббревиатур, являются частыми сопутствующими факторами.

5. Снижение риска внутрибольничной инфекции через гигиену рук.

Гигиена рук—это первоочередная мера, которая доказала свою эффективность в предотвращении инфекций, связанные с оказанием медицинской помощи и распространении антимикробной резистентности. Тем не менее, медицинские работники практикуют гигиену рук в среднем в два раза реже, чем следовало бы.

6. Снижение риска получения травм от падений.

Падение – внезапная, непреднамеренная и неконтролируемая потеря равновесия, в результате которой человек оказывается на нижерасположенной поверхности или предмете. К падениям относятся случаи, когда пациент при попытке встать с кровати или кресла опускается обратно, получив при этом травму. Падение пациента является неблагоприятным событием, подлежащим обязательному учету и анализу.

Профилактика падений в стандартах национальной аккредитации:

1) В медицинской организации созданы как минимум следующие условия минимизирующие риск падения пациентов: выдача колясок, тростей, костылей нуждающимся в этом пациентам, маркировка первой и последней лестницы,

установки табличек мокрый пол при мойке полов, поручни в санитарных узлах, на полах отсутствуют разбитый кафель и порванный линолеум создающие риск падения, высокие пороги.

2) Процедура оценки риска падения имеет четкие критерии и проводится пациентам стационара, а также пациентам, получающим услуги высокого риска.

3) Оценка и переоценка риска падения (после анестезии, хирургического вмешательства или определенных процедур высокого риска) выполняются, когда это требуется и своевременно документируются в медицинской карте.

4) Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким риском падения и другие действия, определенные в правилах медицинской организации.

5) Мероприятия по профилактике падений мониторируются через индикатор (индикаторы), которые применяются для повышения безопасности пациента.

Организация должна предпринимать меры по снижению рисков падения и травматизма в результате падения. Программа по снижению рисков падений может включать оценку на риск падения и периодическую переоценку риска падения определённой части пациентов. Первичная оценка риска падения проводится в отделении при поступлении пациента. Оценка риска падения у взрослых проводится по шкале Морзе как часть первичного сестринского осмотра (кроме лежачих неподвижных пациентов). Оценка риска падения детям от 0 до 18 лет проводится по шкале Хамти-Дамти как часть первичного сестринского осмотра.

В практике первичной медико-санитарной помощи стратегии повышения безопасности пациентов основаны на отчетах и анализе инцидентов или могут быть нацелены на конкретные области высокого риска, такие как безопасность лекарств. С безопасностью пациентов в учреждениях первичной медико-санитарной помощи или амбулаторных условиях связано множество факторов. В отличие от стационарного лечения, клиницисты и пациенты обычно имеют возможность видеться друг с другом с интервалом в несколько недель или месяцев [23]. В долгосрочной перспективе безопасность пациентов должна быть внутренней причиной улучшения. Многие ошибки в здравоохранении неизвестны, и их общее количество может быть неизвестно. В исследовании Гарварда сообщается, что около 4% госпитализированных пациентов имеют ятрогенные травмы, 13% из них закончились смертельным исходом. Главный исследователь этой работы, доктор Люсьен Лип, сказал: «Ошибки - это системные недостатки, а не недостатки характера». В 95% случаев ошибки не являются результатом небрежности или невнимательности. Самые серьезные ошибки иногда совершают лучшие врачи и медсестры. Хотя технологии в некотором смысле помогают, они также вызывают растущий риск новых неожиданных неблагоприятных событий. Это проблема, которую необходимо решить. Несмотря на то, что это не популярная проблема в здравоохранении, если ее не решить критически, в будущем она будет только усугубляться.

Таким образом, важно обеспечить участие пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними, в уходе за ними и разработать планы действий в чрезвычайных ситуациях в случае неэффективности лечения или экстренной ситуации.

Распространенные медицинские и диагностические ошибки приводят к 4,5 миллионам ненужных посещений в год. Поскольку ошибки в лечении приводят к значительным расходам в размере до 42 миллиардов долларов США в год, ВОЗ недавно предложила своим странам-членам стратегическую цель - установить поддающиеся количественной оценке национальные цели по вреду, связанному с приемом лекарств.

Ошибки в лечении могут иметь различные причины, в том числе связанные с врачами, пациентами и задачами. Важны многогранные подходы к завершению тщательного обзора лекарств, а также согласование действий врачей и фармацевтов, обучение врачей и пациентов, а также усовершенствование электронных средств. Диагностические ошибки связаны с различными процессами пациента, такими как проблемы с направлением, факторы, связанные с пациентом, такие как неявка и языковые проблемы, упущенные возможности для последующего наблюдения за диагностическими тестами и интерпретация тестов клиницистами. Поскольку у ВОП/СВ есть только ограниченное время на амбулаторные встречи, клиницисты часто используют интуитивный процесс, основанный на их собственном опыте. Из-за неопределенностей, связанных с амбулаторной медициной, крайне важно использовать подход и дальнейшую оптимизацию диагностических стратегий, имплантировать систему, позволяющую клиницистам получать обратную связь в отношении диагностических ошибок, и вовлекать пациентов и лиц, осуществляющих уход. Фактор, который часто упускают из виду, является выгорание, психологическое состояние, связанное с профессиональным стрессом, характеризующееся, по данным ВОЗ, чувством истощения или истощения энергии, повышенная психическая дистанцированность от работы или негативные циничные чувства, связанные с работой, снижение профессиональной эффективности. Имеются доказательства того, что эмоциональное выгорание может негативно влиять на безопасность пациентов, которая является многофакторной, при этом деперсонализация и эмоциональное истощение снижают производительность, качество помощи и увеличивают количество диагностических ошибок. Потенциальными факторами риска, признанными наиболее небезопасными для первичной практики, являются плохие отношения между врачом и пациентом, недостаточное поддержание медицинских знаний врача общей практики и возраст пациента старше 75 лет. Языковые барьеры и полипрагмазия также часто считаются факторами риска для безопасности пациентов в первичной медико-санитарной помощи. Примечательно, что отклонение от рекомендаций, основанных на фактических данных, и уединение в комнате ожидания не воспринимались врачами общей практики как угроза безопасности пациентов. Безопасность лекарств, вероятно, является наиболее изученным аспектом безопасности пациентов.

Чтобы внедрить культуру безопасности пациентов, необходимо подготовить и обучить сотрудников о том, что инциденты не носят карательный характер, продвигать отчетность об инцидентах, анализировать их с системным подходом, выявляя его слабые стороны как источник сбоев и ошибок, возникающих во время лечения, и преодолевать культуру вины, чтобы сосредоточиться на том, что действительно важно: извлечь уроки из того, что произошло, и принять меры по улучшению, чтобы это не повторилось. Необходимо сочетать реактивный анализ инцидентов с методами и инструментами проактивного анализа рисков, чтобы действовать до того, как произойдут неблагоприятные события. Чтобы способствовать этому, необходимы изменения в правовом регулировании, чтобы специалисты также чувствовали себя в безопасности и не боялись уведомлять и анализировать инциденты, связанные с безопасностью пациентов, глобально и единообразно во всей национальной системе здравоохранения [24].

От 20 до 25% населения в целом пострадали от ошибок в лечении в развитых и развивающихся странах соответственно. Неудачи, которые наносят наибольший вред, связаны с диагностическим процессом, с назначением и использованием лекарств. В значительной степени эти инциденты, связанные с безопасностью пациентов, связаны с рисками, присущими работе ПМСП, с высокой степенью неопределенности, сложностью системы здравоохранения и проблемами координации между специалистами и уровнями помощи.

Необходимо отметить, что пандемия усугубила существовавшие ранее слабости и недостатки и добавила новые. Приходилось адаптироваться к новой ситуации, изменяя управление спросом, организацию и способ оказания помощи. Сортировка по телефону, преобладание удаленной помощи и включение новых ролей и функций — отслеживание задач, идентификация случаев и изучение контактов — позволили 90% населения, затронутого COVID-19, пройти лечение [25].

Взамен появились проблемы и риски, связанные с дистанционным лечением. Нехватка человеческих и материальных ресурсов для удовлетворения спроса, отсутствие знаний о болезни или отсутствие научных доказательств эффективности лечения, среди прочих факторов поставили под угрозу безопасность пациентов и привели к появлению все более серьезных побочных эффектов во время пандемии. Безусловно, в условиях чрезвычайной ситуации безопасность специалистов является неотъемлемым условием безопасности пациента, как подчеркнуто Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в девизе Всемирного дня безопасности пациентов 2020 г.: «Безопасные медицинские работники, безопасные пациенты».

В ряде случаев профессионалы становятся жертвами в результате ограниченности помощи, которую они могут предоставить. Все это способствовало профессиональному выгоранию, подрыву физического и психического здоровья профессионалов.

Другими важными задачами, выдвигаемые Организацией Объединенных Наций (ООН) и ВОЗ являются гарантии всеобщего охвата услугами

здравоохранения посредством безопасных медицинских услуг первичной медико-санитарной помощью и необходимого охвата вакцинацией во всем мире. 74-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения утвердила Глобальный план действий по обеспечению безопасности пациентов на 2021-2030 гг., который представляет собой общую стратегическую основу для повышения безопасности пациентов во всем мире. Работа в области безопасности пациентов всегда может быть сопряжена с необходимостью адаптации стандартов качества и безопасности к новым возникающим ситуациям и их вариациям. Крайне важно научиться принимать решения на основе адекватной оценки риска и соответствующим образом применять меры, как в смысле их увеличения при увеличении риска, так и в смысле их уменьшения при его уменьшении.

Культура безопасности в первичной медико-санитарной помощи должна оцениваться на регулярной основе для оценки эффективности безопасности в медицинских организациях. Понимание культуры безопасности имеет жизненно важное значение для улучшения проблемных практик или отношений, таких как недопонимание, неблагоприятные события и некарательная реакция на ошибки, что может привести к улучшению культуры безопасности в первичной медико-санитарной помощи. Точно так же оценка культуры безопасности в первичной медико-санитарной помощи может помочь в определении областей для улучшения, которые могут вызвать неблагоприятные события и ошибки. Последующее наблюдение за пациентом, коммуникативные навыки необходимы для повышения безопасности пациентов в первичной помощи.

Наиболее надежная и эффективная стратегия повышения качества медицинской помощи заключается в изменении отношения медицинских работников, работающих в первичном звене, к безопасности пациентов, что, в свою очередь, приведет к уменьшению побочных эффектов и улучшению коммуникации. Безопасность пациентов имеет решающее значение для качества медицинской помощи и остается проблемой развития первичной медико-санитарной помощи во многих странах. Кроме того, вмешательства, направленные на культуру безопасности пациентов в первичной помощи, ограничены по сравнению со вторичной помощью.

Чтобы повысить безопасность пациентов, важным первым шагом является рассмотрение и понимание культуры безопасности в организации. Точно так же оценка культуры безопасности помогает организациям здравоохранения оценить области для улучшения и проанализировать изменения с течением времени.

Сбои в коммуникации, которые влияют как на культуру безопасности, так и на факторы, способствующие возникновению инцидентов, необходимо подчеркивать и устранять, чтобы помочь укрепить безопасность пациентов в первичной медико-санитарной помощи. Пренебрежительное отношение и несогласие рассматриваются как порицание и, таким образом, могут привести к потере работы или личных отношений между сотрудниками, и поэтому сотрудники, как правило, избегают этого [26].

Отчетность об инцидентах является важным аспектом обеспечения безопасности пациентов. Система отчетности об инцидентах, позволяет

регистрировать и отслеживать инциденты в медицинской организации первичной медико-санитарной помощи, которая должна рассматривать и отслеживать повторяющиеся и распространенные инциденты. Данный подход способствует более быстрому внедрению, и направлен на решение общих и повторяющихся проблем безопасности.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и система обязательного социального медицинского страхования

Обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС) это форма механизма финансирования здравоохранения, которая была внедрена во многих странах для обеспечения всеобщего медицинского обслуживания (ВОУЗ). Чтобы повторить успех медицинского страхования во многих развитых странах, многие развивающиеся страны и страны со средним уровнем дохода (ССД) попытались последовать их примеру. Однако внедрение ОМС имеет проблемы и препятствия. Несмотря на некоторые успехи, было замечено гораздо больше препятствий. Эта концепция была успешно реализована во многих развитых странах и способствовала достижению всеобщего охвата и преодолению проблем справедливости. Развивающиеся страны и страны ССД пытались внедрить такие схемы с разными результатами.

Всемирный банк классифицировал каждую из стран мира в одну из четырех категорий: с высоким, выше среднего, ниже среднего и с низким доходом. Страны с уровнем дохода выше среднего и ниже среднего были известны под общим названием страны ССД. Чтобы приспособиться к изменениям в мировой экономике, Всемирный банк каждый июль корректировал границы между категориями. В 2021–2022 годах странами с доходом ниже среднего являются страны с валовым национальным доходом на душу населения в размере 1046–4095 долларов США.

В оценке Индекса развития человеческого потенциала Организации Объединенных Наций (ООН) страны со средним уровнем дохода отнесены к категории развивающихся стран. В частности, развивающиеся страны стоят выше наименее развитых стран (которые обычно соотносятся со странами с низким уровнем дохода), но уступают развитым странам (с высоким уровнем дохода).

Исследования показывают, что для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения для всего населения требуются различные формы перекрестного субсидирования, в том числе перераспределение субсидий от богатых к бедным, от здоровых к нездоровым и от лиц с низким уровнем риска, таких как молодежь, к группам высокого риска. таких как взрослые и пожилые люди. Многие страны со средним уровнем дохода, такие как Бразилия, Индонезия, Филиппины, Турция и Южная Корея, пытаются уменьшить неравенство в доступе к услугам здравоохранения путем обеспечения всеобщего медицинского страхования, увеличения фондов медицинского страхования на основе процедур предоплаты и реализации программ улучшения системы здравоохранения. Саммит по Целям в области устойчивого развития (ЦУР) на

первой неделе 74-й сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций ясно дал понять, что многие страны отстают от достижения многих ЦУР к 2030 году. Некоторые выступали за пересмотр того, как финансируются сектора здравоохранения, и предлагали отказаться от частного медицинского страхования как наименее устойчивого и справедливого метода финансирования здравоохранения. Другие подчеркивали, что помимо ПМСП и ВОУЗ социальному медицинскому страхованию (СМС) следует уделять приоритетное внимание во всех, а не только в странах с низким и средним уровнем дохода. Многие страны рассматривают возможность внедрения обязательного медицинского страхования поскольку это является одним из важнейших путей достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения, помимо общих налоговых поступлений, в качестве основного источника финансирования услуг здравоохранения.

В мировой практике все системы здравоохранения имеют смешанную структуру финансирования с преобладанием одной из 4 основных моделей:

- бюджетная модель;
- социальное медицинское страхование;
- частное медицинское страхование;
- накопительные счета здравоохранения.

Бюджетная модель характеризуется высоким уровнем стабильности финансирования и социальной защищенности, однако, практически не оказывает влияния на индивидуальную ответственность граждан за собственное здоровье и конкуренцию среди поставщиков медицинских услуг.

Системы, использующие частное медицинское страхование, обладают высоким уровнем прозрачности, способны быстро реагировать на разнообразные индивидуальные нужды пациентов и создают высокие стимулы для повышения качества медицинских услуг. Однако данная модель не обеспечивает социальную защищенность и равенство граждан при получении медицинской помощи и не позволяет перераспределять средства в зависимости от приоритетов здравоохранения, ее применение несет высокие транзакционные издержки. Накопительные медицинские счета ограничивают доступность медицинской помощи размерами накоплений, что негативно сказывается на гражданах с низким уровнем дохода, или имеющих хронические заболевания.

Социальное медицинское страхование обеспечивает реализацию солидарной ответственности за здоровье всех социальных партнеров, создает стимулы для развития конкуренции, повышения качества и эффективности медицинской помощи. Кроме того, при этой модели обеспечивается высокий уровень саморегулирования системы здравоохранения.

Мировая практика показывает три основные характеристики социального медицинского страхования в зависимости от уровня развития стран.

В развитых европейских странах (Германия, Франция, Швейцария и т.д.) ОСМС является одним из инструментов построения «государства всеобщего благосостояния», при котором объединяются усилия государства, работодателей и граждан для реализации социальной политики. Развитые азиатские страны

(Япония, Южная Корея) рассматривают ОСМС в более узком смысле, исключительно как инструмент распределения ответственности за здоровье между социальными партнерами. Развивающиеся страны (Латинская Америка, Центральная и Восточная Европа) внедряли ОСМС с целью мобилизации ресурсов в систему здравоохранения, развития конкуренции, совершенствование функции закупа, а также обеспечения солидарности и социального равенства.

Охват населения ОСМС во многих развитых странах приближается к полному охвату. Такие страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), как Эстония, Чехия, Венгрия, смогли достигнуть этого показателя при финансировании здравоохранения в пределах 5-8% к валовому внутреннему продукту (ВВП) страны. Вне зависимости от целей внедрения и функционирования ОСМС в различных странах существуют общие механизмы функционирования и тенденции развития, которые обеспечивают устойчивость и эффективность ОСМС.

Страховые фонды имеют высокий уровень автономии при высокой степени участия всех социальных партнеров в управлении через элементы корпоративного управления.

Существуют законодательно установленные механизмы саморегулирования деятельности различных элементов системы ОСМС: формирование органов управления, тарифообразование, оценка технологий, признание квалификации медицинских работников, аккредитация поставщиков медицинских услуг и т.д.

Размер ставок страховых взносов, как и доля платежей работника и работодателя, колеблется в зависимости от уровня развития страны. К примеру, в Германии – 14,1% от фонда оплаты труда, в Австрии – от 6,5% (фермеры) до 11% (пенсионеры), во Франции – 13,6%, в России – 5,1%. Тарифная политика основывается на экономической реалистичности тарифов и сбалансированности с общей доходной базой, как правило, предусматривает возмещение амортизации основных средств. Распространена практика установления размера тарифов в результате переговоров между страховыми фондами и поставщиками медицинских услуг, или их объединениями.

Практика закупа медицинских услуг в странах, применяющих ОСМС, осуществляется следующим образом:

- страховые пакеты представляют собой исчерпывающие перечни предоставляемых услуг;
- способы оплаты сочетают подходы по оплате за каждую отдельную услугу (тарификатор, КЗГ и так далее) с учетом результатов и качества медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи в странах, применяющих ОСМС, осуществляется на основе баланса между свободным выбором пациентом медицинской организации и возможностями системы здравоохранения.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) может обеспечить стабильный источник доходов, сочетая объединение рисков и взаимную поддержку с видимым притоком средств в сектор здравоохранения. ОСМС

предполагает обязательное участие для всего населения, теоретически ее принятие должно способствовать переходу к всеобщему медицинскому страхованию. Несмотря на положительный опыт достижения ВОУЗ через внедрение социального или всеобщего медицинского страхования в ряде стран (например, в Южной Корее, Таиланде, Турции, Германии), дословная адаптация их опыта (включая модель схемы страхования и стратегию реализации) будет сочтена неудачной без учета контекста конкретной страны. Контекстные факторы включают, помимо прочего, существующий охват населения и потребности населения, размер формального и неформального секторов здравоохранения, культурный и политический контекст, доступ или его отсутствие к услугам здравоохранения, коэффициенты зависимости, демографические, демографические и геопространственные характеристики, различия в уровне доходов, административные возможности, политическая приверженность и выделенное или доступное финансирование. Несмотря на то, что эти факторы известны, они остаются в значительной степени недостаточно изученными.

Если рассмотреть здравоохранение в США, то превышают расходы сопоставимых стран, но не дают лучших результатов. Еще до пандемии COVID-19 изменения в системе здравоохранения США считались неизбежными и предметом интенсивных политических дебатов. В США пытались создать систему здравоохранения с оптимизированной широтой (охват населения), глубиной (охватываемые услуги) и высотой (доля покрываемых затрат). Население США склонно отдавать предпочтение негосударственным схемам медицинского страхования, а ограничение государственного контроля над медицинским страхованием было точкой трения внутри и между ведущими политическими партиями.

Швейцарская система здравоохранения является примером ориентированной на потребителя системы здравоохранения с превосходными показателями, хорошими результатами для населения и всеобщим охватом. Финансирование швейцарской системы здравоохранения основано на обязательном частном медицинском страховании со строго регулируемые франшизами. Таким образом, обзор международного опыта показал, что наиболее эффективными и финансово устойчивыми системами ОСМС являются модели, в которых:

- общий объем финансирования здравоохранения составляет не менее 5–8% к ВВП;
- системы ОСМС имеют высокий уровень саморегуляции, и все социальные партнеры принимают участие в управлении;
- финансирование осуществляется солидарно государством, работодателями и работниками;
- аккумулялирование средств осуществляется в едином пуле;
- присутствует реалистичная и сбалансированная тарифная политика, тарифы устанавливаются путем переговоров и включают амортизационные расходы;

— применяются способы оплаты услуг, ориентированные на результаты деятельности медицинских организаций.

В Казахстане обязательное медицинское страхование было внедрено в рамках реализации 80 шага Плана нации – 100 шагов пяти институциональных реформ Главы Государства и Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016 -2019 годы. Была проведена большая работа по изучению успешного опыта других стран, учтены причины и факторы, по которым другие страны с аналогичным социально-экономическим и политическим контекстом не смогли эффективно внедрить ОСМС.

Реализация данной стратегии требует проведения преобразований в системе здравоохранения и её приближения к стандартам стран - членов ОЭСР ввиду наличия ряда проблем. Так, Казахстан инвестирует в здравоохранение существенно меньше, чем развитые страны мира. Сравнение основных показателей систем здравоохранения стран - членов ОЭСР и Республики Казахстан показывают, что уровень общих расходов на здравоохранение в Казахстане (3,8 % от ВВП) всё ещё отстаёт от аналогичных показателей стран - членов ОЭСР (9,4 % от ВВП), а источники финансирования отрасли не диверсифицированы.

За период с 2010 по 2017 годы ежегодный рост ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) при рождении в Казахстане составил 0,98%, увеличившись с 68 в 2010 году до 73 лет в 2018 году. Несмотря на положительный тренд роста, уровень ОПЖ ниже аналогичного показателя Латвии, Мексики и Турции (страны члены Организации экономического сотрудничества и развития – далее ОЭСР), уровень социально-экономического развития которых сопоставим с Казахстаном.

В стране достигнуто значительное снижение интегральных показателей, характеризующих развитие системы здравоохранения в целом:

- младенческой смертности с 18,2 на 1000 живорожденных в 2010 году до 8,7 в 2018 году с ежегодным снижением в среднем на 9,7%, (ОЭСР: 2017–5,7; 2010–7,1);
- материнской смертности с 20 на 100 000 живорожденных в 2010 году до 14 в 2018 году (ОЭСР: 2015–14; 2010–17).

В то же время необходимо учитывать риски, связанные с глобальными вызовами - старение населения, снижение доли экономически-активного населения и высокий уровень потребления медицинской помощи среди определенных возрастных категорий. Так, с ростом ОПЖ население старше 65 лет будет потреблять до 32% медицинской помощи. Изменение структуры населения приведет к изменению и структуры заболеваемости. На первый план выйдут хронические заболевания, которые требуют изменения общей направленности организации медицинской помощи с акцентом на профилактическую медицину и развитие ПМСП.

Кроме того, за последние годы отмечается рост показателя инвалидизации среди трудоспособного населения, доля лиц трудоспособного возраста от общего количества инвалидов в стране составила 62% в 2018 году. Среди основных

причин, приводящих к первичной инвалидизации населения, являются болезни системы кровообращения, травмы и злокачественные новообразования.

В структуре причин смертности преобладают неинфекционные заболевания – болезни системы кровообращения, заболевания нервной системы, болезни органов дыхания, новообразования.

Таким образом, анализ состояния здоровья населения Республики Казахстан определяет основные векторы, на которые необходимо обратить внимание при планировании объемов медицинской помощи по видам и формам в системе ОСМС.

Нельзя обойти вниманием тот факт, что система обязательного медицинского страхования уже вводилась в РК в 1996 году и просуществовала 3 года. Поэтому доверие населения было серьезно подорвано, что являлось одним из затруднительных моментов при внедрении системы. Были изучены причины неудачного опыта внедрения ОСМС в Казахстане для реализации основных задач медицинского страхования.

Медицинское страхование представляет важную составляющую социальной инфраструктуры любой развитой страны. Этот вид страхования лидирует, как в финансовом измерении, так и по числу застрахованных. Цель медицинского страхования – гарантировать всем застрахованным гражданам Казахстана независимо от пола, возраста, социального статуса, места проживания и доходов равный доступ к медицинской и лекарственной помощи при возникновении страхового случая (например, заболевание) за счет накопленных средств Фонда социального медицинского страхования и финансировать профилактические мероприятия.

Основные принципы ОСМС:

- *универсальность* - в системе ОСМС должны участвовать все постоянно живущие жители (всеобщий охват) и каждый должен платить взносы (либо за него платит государство)
- *солидарная ответственность* – за здоровье населения несут ответственность государство, работодатель и гражданин.
- *социальная ориентированность* – за 15 льготных категорий взносы платит государство.
- *равный доступ к медицинской помощи* – каждый застрахованный имеет право на необходимый объем медицинской помощи независимо от размеров оплачиваемых взносов.

Обязательное медицинское страхование является всеобщим для населения и государственным. Это значит, что государство в лице своих законодательных и исполнительных органов определяет основные принципы организации обязательного медицинского страхования, круг страхователей, устанавливает ставки страховых взносов и создаёт специальные государственные фонды для сбора взносов на обязательное медицинское страхование.

В 2015 году был принят закон Республики Казахстан «Об обязательном медицинском страховании», что ознаменовало переход отечественного здравоохранения на рыночный путь развития. Однако система обязательного

социального медицинского страхования начала действовать только с 1 января 2020 года. Для аккумулирования обязательных ежемесячных взносов создан Фонд социального медицинского страхования в организационно правовой форме некоммерческого акционерного общества. Учредителем и единственным акционером является правительство РК.

Реформа предусматривает, что государство будет вносить средства за 15 категорий граждан, которые относятся к социальноуязвимым слоям населения — находящиеся в отпусках по уходу за ребенком, пенсионеры, кандасы, дети до 18 лет, инвалиды, неработающие беременные женщины т.д.).

В настоящее время медицинское страхование в Казахстане существует в двух видах: добровольное (ДМС) и обязательное. ОСМС является частью социального страхования и финансируется за счет средств целевого налогообложения и платежей из бюджета, тогда как ДМС финансируется за счет прибыли предприятий и личных средств граждан. Однако доля добровольного страхования значительно меньше, чем обязательного. Такое положение объясняется несколькими причинами: во-первых, менталитет большинства граждан основан на доверии к государству, во-вторых стоимость полиса ДМС может быть недоступной для основной массы населения страны.

Обязательное социальное страхование основано на общественной солидарности, предполагающей перераспределение дохода от платежеспособного населения к неплатежеспособному. Обязательное медицинское страхование дает застрахованному лицу право на обращение за всем списком медицинских услуг, предусмотренными пакетом ОСМС, в которую входят дорогостоящие высокотехнологические операции, дополнительная медицинская помощь и повышенный уровень комфортности ее получения.

Медицинская помощь населению в Казахстане предоставляется в следующих объемах (рис.1):

1) минимальный, представляющий собой гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии со статьей 196 Кодекса;

2) базовый, представляющий собой медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования, предоставляемую в соответствии с Законом Республики Казахстан "Об обязательном социальном медицинском страховании";

3) дополнительный объем медицинской помощи, включающий медицинскую помощь:

- в рамках добровольного медицинского страхования, оказываемую за счет средств добровольных взносов физических и юридических лиц,
- предоставляемую за счет оказания платных услуг и иных источников, не запрещенных законодательством Республики Казахстан;
- оказываемую военнослужащим, кандидатам в космонавты, космонавтам, сотрудникам специальных государственных и правоохранительных органов, членам их семей, пенсионерам правоохранительных органов,

лицам, уволенным с воинской службы, службы в специальных государственных органах, а также отдельным категориям государственных служащих и граждан Республики Казахстан в военно-медицинских (медицинских) учреждениях (организациях) за счет средств, предусмотренных законодательством Республики Казахстан;

- оказываемую лицам, содержащимся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет средств, предусмотренных законодательством Республики Казахстан;
- предоставляемую физическим лицам за счет единовременных пенсионных выплат в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Государство уплачивает взносы на ОСМС за 15 категорий лиц, освобожденных от уплаты взносов, чья численность составляет порядка 11 миллионов человек или 59% от общей численности населения. Работодатели уплачивают отчисления за своих работников с июля 2017 года. На момент начала полного функционирования системы ОСМС активы Фонда составили 246,9 миллиардов тенге, из которых 96% – отчисления работодателей. Численность наемных работников за вычетом освобожденных от уплаты взносов составляет порядка 5,4 миллиона человек. Индивидуальные предприниматели и лица, занимающиеся частной практикой, обязаны уплачивать фиксированные взносы, исходя из размера минимальной заработной платы. Численность данной категории плательщиков составляет более 1 миллиона человек, из которых около 100 тысяч человек находятся на стадии ликвидации или банкротства. Физические лица, работающие по договорам гражданско-правового характера, также являются плательщиками взносов на ОСМС. В зависимости от вознаграждения по договору налоговые агенты обязаны удерживать взносы на ОСМС.



Рис 1. Медицинская помощь населению в Казахстане

Внедренный с января 2019 года Единый совокупный платеж (ЕСП), благодаря простоте и небольшой сумме, позволил вовлечь в экономику более 260 тысяч граждан. Часть платежа ЕСП числится в качестве взноса на ОСМС. В случае отсутствия доходов и не отнесения к какой-либо категории лиц, за которых взносы уплачивает государство, физическое лицо для участия в системе ОСМС имеет право внести взнос как самостоятельный плательщик.

Максимальное вовлечение населения в систему ОСМС для полного охвата качественными услугами здравоохранения является приоритетной целью. Для этого Фонд медицинского страхования (ФМС) проводит информационно-разъяснительную и пояснительную работу о преимуществах системы ОСМС.

Исходя из основных тенденций показателей здоровья населения в Республике Казахстан, приоритетных направлений развития системы здравоохранения до 2025 года, учитывая актуальные потребности населения в медицинских услугах и необходимость обеспечения доступности медицинской помощи, были сформированы пакеты медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и в системе ОСМС.

В целях минимизации рисков снижения доступности к медицинской помощи пакет ГОБМП включает в себя все услуги при неотложных и экстренных состояниях, таких как, скорая помощь, услуги санитарной авиации, экстренная стационарная помощь, кроме того, ПМСП, динамическое наблюдение ряда хронических заболеваний, оказание медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях, заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, а также лекарственное обеспечение.

В пакет ОСМС для застрахованных граждан вошли услуги при заболеваниях и состояниях, не требующих экстренного вмешательства, ряд дорогостоящих услуг, высокотехнологические медицинские услуги, медицинская реабилитация, восстановительное лечение, и другие – то есть услуги, которые направлены на повышение качества жизни населения. Однако в дальнейшем существует необходимость пересмотра перечней с учетом задач настоящей стратегии развития в целях включения новых методов диагностики и лечения в пакеты услуг в рамках ГОБМП и ОСМС.

Перечень ГОБМП утверждается Правительством Республики Казахстан и предоставляется гражданам Республики Казахстан, кандасам, беженцам, иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Республики Казахстан, за счет бюджетных средств, включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью, а также лекарственное обеспечение. Иностранцы и лица без гражданства, временно пребывающие в Республике Казахстан, лица, ищущие убежище, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, по перечню и в объеме, определяемым уполномоченным

органом, если иное не предусмотрено законами Республики Казахстан или международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан.

Медицинская помощь, входящая в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, оказывается на основе клинических протоколов медицинскими работниками, допущенными к клинической практике на территории Республики Казахстан.

В гарантированный объем бесплатной медицинской помощи входят:

- 1) скорая медицинская помощь;
- 2) первичная медико-санитарная помощь;
- 3) специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях:
 - при оказании услуг по профилактике и диагностике ВИЧ-инфекции и туберкулеза;
 - при травмах, отравлениях или других неотложных состояниях;
 - при социально значимых заболеваниях;
 - при хронических заболеваниях, подлежащих динамическому наблюдению, по перечню, определяемому уполномоченным органом;
- 4) специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях:
 - при социально значимых заболеваниях;
 - при хронических заболеваниях, подлежащих динамическому наблюдению, по перечню, определяемому уполномоченным органом;
- 5) специализированная медицинская помощь в стационарных условиях:
 - при изоляции лиц, находившихся в контакте с больным инфекционным или паразитарным заболеванием, представляющим опасность для окружающих, а также бактерионосителей, вирусоносителей и лиц с подозрением на инфекционное или паразитарное заболевание, представляющее опасность для окружающих.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи формируется на основе принципов универсальности, доступности, доказательности, реалистичности и регулируемости:

- Принцип универсальности подразумевает всеобщий и равный охват минимальным объемом медицинской помощи вне зависимости от уровня доходов и социального статуса лиц.
- Принцип доступности заключается в возможности получения лицами.
- Принцип доказательности подразумевает наличие доказанных научных и клинических данных об эффективности и безопасности медицинских услуг, лекарственных средств и медицинских изделий.
- Принцип реалистичности подразумевает соответствие гарантированного объема бесплатной медицинской помощи параметрам бюджета.

В системе обязательного социального медицинского страхования предоставляются:

- *Специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях, включающая:*
 - профилактические медицинские осмотры,

- прием и консультации профильными специалистами;
- динамическое наблюдение профильными специалистами лиц с хроническими заболеваниями;
- оказание стоматологической помощи в экстренной и плановой форме отдельным категориям населения по перечню;
- диагностические услуги, в том числе лабораторная диагностика.
- процедуры и манипуляции по перечню, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.
- *Медицинская реабилитация по перечню заболеваний, определяемому уполномоченным органом.*
- *Обеспечение лекарственными средствами, специализированными лечебными продуктами, иммунобиологическими препаратами при оказании медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования.*

По данным Фонда обязательного медицинского страхования, численность граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию на 01 июля 2021 года, составила 15,8 млн человек, из 18,9 миллионов человек в стране, при этом около 3 миллионов человек остаются незастрахованными. За прошедшие 3 года при реализации положений данного закона на практике выявилось множество недостатков, неувязок и противоречий, которые необходимо устранять с целью дальнейшего развития системы здравоохранения в условиях рынка. Необходимо отметить и положительные стороны, благодаря ее внедрению финансирование сферы здравоохранения выросло более чем в 2 раза. В 2019 году, до запуска ОСМС, было выделено порядка 1 трлн тенге на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи. В 2023 году на финансирование медицинской помощи населению предусмотрено более 2,5 трлн тенге, в том числе по ГОБМП – 1,4 трлн, по ОСМС – более 1 трлн тенге. Значительный рост финансирования здравоохранения за счет ОСМС позволил улучшить доступность медицинской помощи.

Несмотря на то, что доля финансирования здравоохранения за счет ОСМС возрос, остаются проблемные вопросы:

- снижение охвата населения системой ОСМС, в том числе в результате введения карантинных мер и отсутствия платежей в ОСМС;
- качество и объемы оказанных медицинских услуг, в том числе жалобы и вопросы «приписок»;
- обеспечение доступности медицинских услуг, в том числе плановой медицинской помощи;
- защита прав потребителей медицинских услуг. Решение спорных вопросов в медицинских организациях в пользу пациента;
- обеспечение доступности ПМСП;
- недостаточное развитие инфраструктуры системы здравоохранения (износ и недостаточное оснащение оборудованием,) и кадровых ресурсов здравоохранения;
- закуп услуг и тарифы для субъектов здравоохранения, участвующих в проектах государственно-частного партнерства.

- цифровизация отрасли здравоохранения

Также следует отметить, что ОСМС позволит повысить ответственность за свое состояние здоровья среди населения. Несмотря на один из основных недостатков системы медицинского страхования в частности компенсации населения по состоянию здоровья, с нашей точки зрения нет информированности у населения, которые не совсем понимают данный вопрос, преимущества системы медицинского страхования.

Таким образом, можно сделать заключение о том, что внедрение ОСМС выгодно как для страны и полезно для населения, так и для системы здравоохранения и медицинского сообщества в целом.

ГЛАВА 2. ПОДГОТОВКА СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

Компетентностно-ориентированное обучение семейного врача

В свете реформ ПМСП в системе здравоохранения Республики Казахстан ВОП/СВ выходит на ключевую позицию. Важность этого подчеркнута в Алма-Атинской декларации и отражено в последующем в Астанинской декларации, стандартах и других значимых документах. Однако, несмотря на наличие множества важных заявлений, до сих пор существуют трудности в становлении СМ. Одной из весомых трудностей является подготовка ВОП/СВ в медицинских вузах страны. Упускается компетентностно-ориентированный подход в подготовке ВОП/СВ.

Доказано, что медицинское образование, основанное на компетенциях, — это основанный на результатах подход к разработке, внедрению и оценке образовательной программы с использованием организованной системы компетенций, что в конечном итоге может привести к улучшению ухода за пациентами. Продвижение компетентностно-ориентированного подхода по всей траектории медицинского обучения от бакалавриата до обучения резидентуры и непрерывного профессионального развития (НПР) в дальнейшем дает повышения качества и безопасности пациентов, учитывая, что все этапы профессионального развития вносят вклад в знания, навыки, отношения, поведение и компетенции врачей.

Компетентно-ориентированное обучение и семейная медицина имеют историческую взаимосвязь. После признания семейной медицины в конце 20 века медицинской специальностью появились первые предпосылки медицинского образования, основанного на компетенциях. В 1978 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала документ под названием «Разработка учебных программ на основе компетенций в области медицинского образования» [27]. Предпосылкой для появления данного документа была сильная потребность в качественном медицинском образовании, чтобы лучше соответствовать требованиям общественности, потребностям в области здравоохранения как у развитых, так и у развивающихся наций. Авторы предложили три важных принципа:

- Разработка учебной программы на основе компетенций (т. е. способностей), которые были необходимы для практики в определенных условиях;
- Структура рабочей программы и инструкции должны позволять всем обучающимся овладеть основными компетенциями по специальности и дисциплине для дальнейшей последипломной практики;
- Процесс обучения нужно рассматривать как эксперимент, в котором как к «процессам, так и методам», которые используются для создания обучения, следует относиться философски, которые постоянно проверяются и уточняются.

Предлагаемая МакГэги и его коллегами система обучения (Competency-based medical education – СВМЕ) было основано на мастерстве обучения,

которое должно быть основополагающим образовательным принципом для всего медицинского образования. Для этого требуется содержательная оценка начального уровня, пошаговая инструкция, гибкий график обучения, планирование и частая оценка, что будет способствовать «кумулятивному обучению на протяжении непрерывного профессионального развития». В конечном счете, предполагаемый результат программы, основанной на компетенциях, - медицинский работник, который может заниматься медицинской практикой на определенном уровне владения языком в соответствии с местными условиями для удовлетворения местных нужд.

Наиболее значимыми характеристиками СВМЕ являются следующие:

1. Упорядоченная структура компетенций в виде конечных результатов обучения, являются основным стержнем в образовательном процессе.

2. Глубокий всесторонний анализ текущей клинической практики, ее совершенствование и локальные потребности населения и системы здравоохранения определяют конечные результаты обучения.

3. Образовательный процесс базируется на построенной траектории формирования компетенций.

4. Обязательным компонентом СВМЕ является непосредственное наблюдение за обучающимися в условиях реальной клинической практики с последующей эффективной обратной связью.

5. Программа оценки обучающихся должна быть систематизированной и интегрированной в процесс обучения, преимущественно «на рабочем месте» и направлена на постоянное совершенствование профессиональных знаний, умений и компетенций.

6. Многократное оценивание обучающегося со всех сторон является обоснованием для принятия решения о достижении планируемого уровня компетентности и осуществляется на основании коллективного обсуждения и учета результатов.

7. Необходимо дополнительно обучать преподавателей для обеспечения вовлеченности и ответственности всех участников образовательного процесса.

8. Время является ресурсом, а не фактором управления обучения. Это приводит к гибкой программе обучения на студенториентированности.

9. Внедрение СВМЕ идет параллельно с улучшением качества и безопасности медицинской деятельности. При этом клиническая практика и обучение не вступают в конфликт, что обеспечивается интеграцией интересов пациентов в образовательный процесс.

Эти характеристики нашли поддержку у педагогов семейной медицины, прочно основанной на общественном здоровье и ориентированы на пациента и общество с самого начала.

Семейная медицина имеет уникальные возможности для улучшения здоровья пациентов и отстаивания справедливости в отношении здоровья и социального благополучия пациентов. Поскольку семейная медицина приобретает все большее значение в оказании медицинской помощи,

необходимо, чтобы семейные врачи обучались в соответствии с международными тенденциями в области образования и общественными ожиданиями.

Еще в 1991 году Всемирная организация семейных врачей (the World Organization of Family Doctors - WONCA) определила роль семейных врачей как выполнение индивидуальных задач, продвижение отношений между врачом и пациентом, защита интересов пациента, управление ресурсами для пациентов и координация с другими службами. расширить доступ пациента к необходимым ресурсам [28].

Следующей значительной вехой в медицинском образовании стали перемены в США в конце 20 века. В обществе шло нарастание беспокойства по поводу качества и безопасности оказываемой медицинской помощи. Неполная оказываемая медицинская помощь, частые врачебные ошибки, признание заботы о здоровье, проблемы с качеством и безопасностью медицинских услуг помогли возродить интерес к медицинскому образованию в ряде стран, в том числе в США.

В 1999 г. создан совместный Американский совет по аккредитации последиplomного медицинского образования (The Accreditation Council for Graduate Medical Education - ACGME)., который предложил 6 основных врачебных компетенций:

1. Медицинские знания
2. Уход за пациентом
3. Практическое обучение и совершенствование
4. Профессионализм
5. Межличностные и коммуникативные навыки
6. Системная практика

Медицинское образование, основанное на компетенциях (CBME - competency-based medical education), укоренилось как подход, потому что он ставит пациента, семью и сообщество в центре обучения с целью увеличения эффективности системы медицинского образования. CBME преследует шесть целей медицинского образования: пациенториентированность, безопасность, эффективность, справедливость, своевременность и квалифицированность. Эти цели должны быть заложены в надежной образовательной программе и в оценивании. Основные компоненты CBME представлены в таблице 1, разработанной Van Melle et al. [29].

Семейная медицина может быть уникальной специальностью в CBME в этом отношении, учитывая неоднородность географических регионов, различными потребностями систем здравоохранения и сферы деятельности. Образовательные программы в семейной медицине должны найти правильный баланс между соответствующей стандартизацией контента и опыта и необходимостью соответствовать различным местным и региональным потребностям в медицинской помощи. Особенно, программы резидентуры по семейной медицине должны в себе правильно сочетать опыт, программы оценивания, обратную связь и коучинг.

Таблица 1. Структура компетентностного медицинского образования

Компонент	Описание
Основанный на результат ориентированную компетенцию	<ul style="list-style-type: none"> • Желаемые результаты обучения определяются на основе потребностей общества. • Результаты имеют первостепенное значение, чтобы выпускник был профессионалом в своей специальности.
Прогрессивная последовательность в освоении компетенций	<ul style="list-style-type: none"> • В СВМЕ компетенции и их маркеры развития должны быть четко упорядочены для поддержки прогресса учащегося от новичка до мастера-клинициста. • При определении последовательности необходимо учитывать, что некоторые компетенции образуют строительные блоки для развития дальнейшей компетентности. • Прогресс не всегда представляет собой плавную предсказуемую кривую.
Опыт СВМЕ с учетом компетенций	<ul style="list-style-type: none"> • Время – это ресурс, а не движущая сила или критерий. • Учебный опыт должен быть упорядочен таким образом, чтобы способствовать прогрессированию компетентности. • Должна быть гибкость, позволяющая приспосабливаться к индивидуальному прогрессу обучающегося. • Опыт обучения должен напоминать среду практики. • Образовательный опыт должен быть тщательно отобран, чтобы обеспечить приобретение одного или многих способностей. • Большая часть опыта обучения

	должна быть привязана к основным способностям выпускника.
Обучение с учетом компетенций	<ul style="list-style-type: none"> • В клиническом обучении особое внимание уделяется обучению на основе опыта и применения, а не только приобретение знаний. • Учителя используют методы коучинга, чтобы оценивать обучающегося в клинических ситуациях и дать действенная обратная связь. • Преподавание отвечает индивидуальным потребностям обучающихся. • Обучающиеся активно участвуют в определении своих потребностей в обучении. • Учителя и обучающиеся совместно производят обучение.
Программа оценивания	<ul style="list-style-type: none"> • Существует множество точек и методов сбора данных. • Методы сбора данных соответствуют качеству оцениваемой компетенции. • Акцент делается на оценке на рабочем месте. • Особое внимание уделяется предоставлению персонализированной, своевременной и значимой обратной связи. • Прогресс основан на доверии. • Существует надежная система принятия решений. • Хорошая оценка требует внимания к вопросам скрытой и явной предвзятости, которые могут отрицательно сказаться на процессе оценки.

Большое внимание в СВМЕ уделяется коучингу. Коучинг в медицинском образовании подразумевает индивидуальную траекторию обучения в рамках группового, конечным результатом которого является

раскрытие способностей, достижения целей оптимальным путем. Коучинг все чаще рассматривается как основная образовательная деятельность. Тренеру необходимо максимально раскрывать потенциал обучающихся. Они взаимодействуют с ними, оценивая их работу на практике путем объективной оценки, помогают студенту определить потребности и создать план для их достижения. Тренеры обучают студентов ответственности, помогают им улучшить собственный самоконтроль, проецируя идею о том, что коучинг принесет им пользу на протяжении всей своей карьеры. Помимо тренера важную роль играет наставник, обычно это старший преподаватель, который служит скорее ориентиром в карьерном выборе и профессиональном развитии.

В 2014 году семейная медицина была включена в серию пилотных проектов Milestones (Вехи). Результаты показали участие семейной медицины в данном проекте способствует процессу развития и непрерывного улучшения [30]. Вехи помогают внедрить ориентированное на результаты обучение на основе структуры компетенций. Они могут помочь постоянно определять и совершенствовать основные способности специальности в соответствии с текущими изменениями в системе оказания медицинской помощи.

Еще в отчете ВОЗ 1978 был сделан акцент на обучении, основанном на мастерстве, но были трудности, которые сохраняются до сих пор, во внедрении этого образовательного подхода. Данный метод приводит к качественной и безопасной помощи пациентам. Обучение, основанное на мастерстве, требует отхода от мышления «увидеть одно, сделать одно, научить одному» и требует, чтобы учащийся выполнял столько практики, сколько требуется для соответствия стандарту мастерства, включая компетенции, выходящие за рамки стандартных навыков. В семейной медицине опрос пациента, физикальный осмотр и совместное принятие решения являются основными задачами, поэтому потребность перейти на многокомпонентную систему обучения велика. Это не означает, что объем опыта не имеет значения, скорее любой объем опыта, требуемый от отдельного резидента, должен быть преднамеренно спланирован и реализован. Это может быть сложной задачей для такой широкой и одновременно глубокой области, как семейная медицина.

Что касательно программы оценок, то традиционные оценки, такие как проверка знаний, останутся важной частью оценивания, но также необходимо найти правильное сочетание оценок для поддержки профессионального развития. Особенно актуальны более совершенные подходы к оценке компетенций профессионализма, практического обучения и совершенствования, а также системной практики. Оценивание должно включать не только оценку от преподавателя, самого студента, но и в оценивание должны быть подключены пациенты. В многогранную систему оценивания в семейной медицине включены моделирование ситуаций для оценивания навыков и коммуникации с пациентом, прямое наблюдение на

рабочем месте, обратная связь от нескольких источников, опросы пациентов, качество и меры безопасности и оценка клинического мышления «in vivo». Сбор оценок позволяет дать студенту обоснованные суждения о его профессиональном развитии, выявить затруднения и побуждают к обучению. Целью этой большой работы в конечном итоге является посредством коучинга и бесед с резидентами развить у них аналитические способности и создавать индивидуальные планы обучения. Это серьезные достижения, которые помогут выпускникам резидентуры по семейной медицине быть готовыми к неконтролируемой практике, но и подготовить выпускников к непрерывному профессиональному развитию и росту опыта и мастерства.

Резидентура по семейной медицине в мире имеет большой опыт в образовательной модели СВМЕ, лидерство и богатые традиции в развитии опыта обучения в амбулаторных условиях, включении поведенческого здоровья в обучение и ухода за пациентами, а также в совершенствовании навыков управления практикой. Компетенции являются инструментом для определения конечных результатов обучения, необходимых для эффективной клинической практики. В целом общие компетенции заставляют врачей любой специальности уделять внимание способностям, выходящим за рамки медицинских знаний и ухода за пациентами, таким как межпрофессиональная командная работа, улучшение качества и безопасность пациентов, координация ухода и другие. Конечно есть компетенции, обучение и оценивание, которых требуют усилий, но освоение важно. Модель СВМЕ находится постоянно в процессе усовершенствования, в силу своей разнонаправленности и многогранности. Эриком Холмбоем предложены мероприятия по продвижению СВМЕ в семейной медицине (таб. 2). Они обобщают рекомендации для эффективного внедрения обучения, ориентированного на результаты [31].

Таблица 2. Предложения по продвижению СВМЕ в семейной медицине

№	Предложения
1	Используя структуру основных компонентов, определить ключевые мероприятия по оценке учебных программ (вузовских и национальных) в семейной медицине.
2	Поддерживать и продвигать межсекторальные проекты СВМЕ в области семейной медицины, опираясь на прошлый опыт и успех
3	Изучить и исследовать текущие предложения об объемах практики, используя метод, основанный на развитии и критическом мышлении.
4	Внедрить подходы к обучению на основе мастерства в основных клинических навыках.
5	Использовать сотрудничество как стратегию и образовательный инструмент для продвижения СВМЕ.
6	Совместная работа в рамках семейной медицины и других

	дисциплин для разработки и внедрения новой оценки, подходов к профессионализму, практическому обучению и совершенствованию, а также системной практике.
7	Создать план программы оценок, ориентированный на семейную медицину, который можно будет использовать для улучшения практики оценивания.
8	Инвестировать в обучение преподавателей для улучшения собственных способностей в ключевых клинических компетенциях, обратной связи и коучинга.

Учитывая раннее вовлечения семейной медицины с этапа становления СВМЕ, у нее есть все возможности быть в лидирующих позициях на пути эффективного компетентностно-ориентированного обучения.

Роль WONCA в продвижении семейной медицины

ПМСП является важной и эффективной моделью системы здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) провозглашает, что «ПМСП является первым контактом в системе здравоохранения и обеспечивает всестороннюю, доступную помощь на уровне сообщества, отвечающую потребности человека в здоровье на протяжении всей его жизни». Ключевая роль отводится ВОП/СВ, это признается во всем мире.

Семейная медицина – относительно молодая специальность, зародившаяся в середине 20 века (рис. 2) [32].

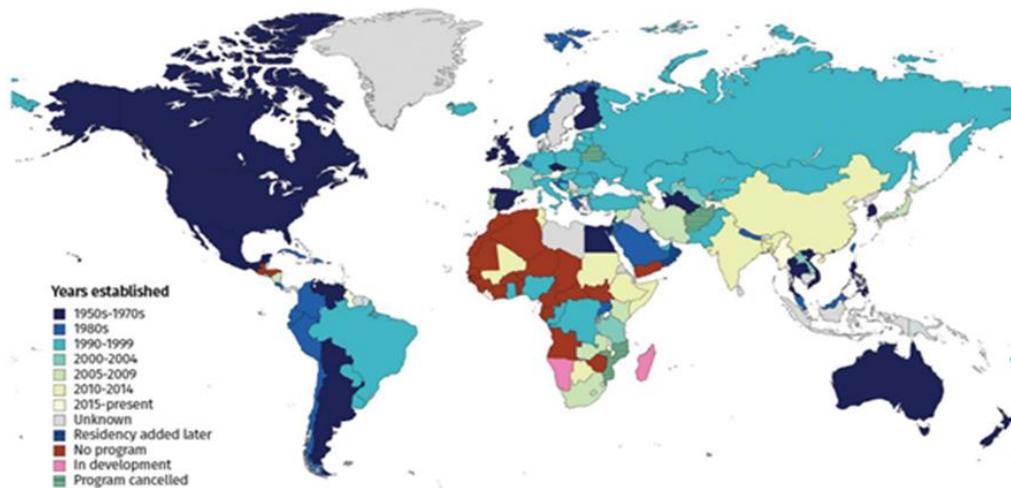


Рис. 2. Возраст специализации семейной медицины по всему миру: на карте представлены страны и года, в которых была открыта действующая резидентура по семейной медицине (Arya N, Geurguis M, Vereecken-Smith C, Ponka D. Snapshot of family medicine around the world: Introducing the global family medicine website. *Can Fam Physician*. 2023;69(5):330-336)

В 2002 году WONCA разработала новое определение семейной медицины. Это определение 2002 г. было пересмотрено позже в 2005 г. и,

наконец, в 2011 г. путем добавления общих характеристик и основных компетенций семейной медицины. Европейское определение общей практики, опубликованное WONCA, гласит, что *«семейная медицина – это академическая и научная дисциплина, имеющая собственное образовательное содержание, исследовательскую, доказательную базу и клиническую деятельность; клиническая специальность, ориентированная на первичную помощь»*. Обязательным условием является качественное обучение будущих ВОП/СВ. В связи с этим WONCA EUROPE призывает к «общей учебной программе бакалавриата, последипломной подготовке специалистов и непрерывное профессиональное развитие для ВОП/СВ во всех Европейских странах». Европейское подразделение WONCA European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT) в 2016 году подготовило документ, устанавливающий стандарты для семейных врачей, чтобы обеспечить всемирное сходство их работы и постоянно совершенствовать свою профессию на научной основе. В этом документе, подобно всемирным стандартам медицинского образования, обобщены глобальные стандарты, которыми семейные врачи должны руководствоваться при выполнении своей профессиональной деятельности, и 9 характеристик, которые обеспечат их профессиональное развитие. Среди этих 9 характеристик есть такие принципы, как то, что семейные врачи являются врачами для человека, каковы их обязанности и ответственность, они должны быть проверены и задокументированы, содержание их образования, образовательные ресурсы, непрерывность и оценка их образования, предоставление профессиональных организаций и их постоянное обновление [33].

В Глобальном стандарте Всемирной ассоциации семейных врачей (WONCA) были определены двенадцать характеристик, предъявляемых к ВОП/СВ:

1. Предоставление долгосрочного ухода, ориентированного на человека (не ориентированного на болезнь), который является подходящим, безопасным, эффективным и сострадательным подходом для решения широкого спектра проблем со здоровьем от укрепления и профилактики заболеваний до лечения острых и хронических заболеваний, а также реабилитация и паллиативное лечение, а также уход в конце жизни.

2. Медицинские знания в области основных биомедицинских, клинических, поведенческих наук, медицинской этики и медицинской юриспруденции, а также применение этих знаний при уходе за пациентами.

3. Навыки межличностного общения и общения, которые обеспечивают эффективный обмен информацией с отдельными пациентами и их семьями, а также совместную работу с другими специалистами в области здравоохранения, научным сообществом и общественностью.

4. Обучение на протяжении всей жизни, включая оценку и использование новых научных знаний, для постоянного обновления и улучшения клинической практики.

5. Выполнять функции руководителя, инструктора и учителя по отношению к коллегам, студентам-медикам и другим специалистам в области здравоохранения.

6. Способность быть ученым, способствующим развитию и исследованиям в выбранной области медицины.

7. Профессионализм, приверженность здоровью пациентов и общества посредством этической практики и высоких личных стандартов поведения. Это включает в себя готовность признать ошибку и разобраться с ее последствиями.

8. Знание вопросов общественного здравоохранения и политики здравоохранения, а также осведомленность и способность реагировать на более широкий контекст системы здравоохранения, включая, например, организацию и интеграцию здравоохранения, партнерство с поставщиками медицинских услуг и руководителями, практику рентабельной медицинской помощи, экономику здравоохранения и распределение ресурсов.

9. Способность понимать заботу о здоровье, а также определять и осуществлять системное улучшение помощи.

10. Способность сотрудничать с другими членами медицинской бригады, а также с пациентами, как индивидуально, так и целыми семьями.

11. Заинтересованность и способность защищать интересы пациента и общества.

12. Быть основанным на сообществе с чувством социальной ответственности: понимание состояния здоровья и потребностей обслуживаемого сообщества с целью разработки и предоставления соответствующих услуг. Это включает в себя учет заболеваемости и распространенности заболеваний в обществе и психосоциальных проблем, в том числе касающихся женщин и детей, при решении проблем здравоохранения.

Для удобства двенадцать компетенции ВОП/СВ были сгруппированы в шесть основных компетенций (со ссылкой на характеристики) (таб. 3):

1. Ориентированность на человека
2. Ориентированность на общину
3. Навыки решения специфических проблем
4. Всеобъемлемость
5. Управление ПМСП
6. Холистический подход

Поскольку ВОП/СВ является личностно-ориентированной научной дисциплиной, три основные функции могут быть добавлены к приложению к основным компетенциям: контекстуальная, поведенческая и научная. Все характеристики и компетенции были отражены в древо WONCA (2004) (рис. 3).

Таблица 3. Шесть основных компетенций и двенадцати основных характеристик семейной медицины

Основные компетенции	Основные характеристики
Управление ПМСП	а. является первым медицинским контактом в системе здравоохранения, обеспечивая неограниченный доступ пользователям, имеющие проблемы со здоровьем, независимо от возраста, пола или любых других характеристик.
	б. эффективно использует ресурсы здравоохранения, координируя помощь, работая с другими специалистами на первичном уровне по уходу, при необходимости выступая в роли адвоката пациента.
Пациент-ориентированный подход	с. развивает личностно-ориентированный подход, ориентированный на человека, его/ее семью и их сообщество.
	d. способствует расширению прав и возможностей пациентов.
	е. имеет уникальный процесс консультаций, который со временем устанавливает отношения посредством эффективного общения между врачом и пациентом.
	f. несет ответственность за обеспечение непрерывности ухода в течение длительного времени в соответствии с потребностями пациента.
Навыки решения специфических проблем	g. имеет особый процесс принятия решений, определяемый распространенностью и заболеваемостью в сообществе.
	j. укреплять здоровье и благополучие посредством надлежащего и эффективного вмешательства.
	i. комплексный подход к лечению болезни, которую сложно дифференцировать на ранней стадии развития, что может потребовать неотложного вмешательства.
Всеобъемлемость	h. лечит одновременно как острые, так и хронические проблемы со здоровьем отдельных пациентов.
Ориентированность на сообщество	k. несет особую ответственность за здоровье общества.
Холстический подход	l. занимается проблемами здоровья в их физическом, психологическом, социальном, культурном и экзистенциальном измерениях.

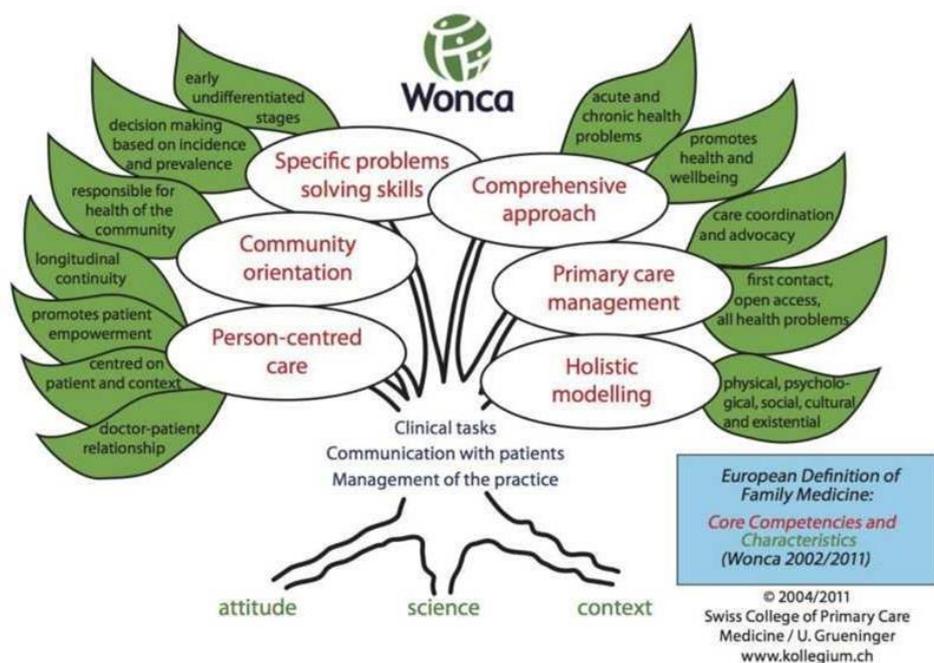


Рис. 3. Древо WONCA, созданное Швейцарским колледжем в 2004 году. Оно показывает взаимосвязь между 12 характеристиками, 6 основными компетенциями и 3 дополнительными функциями ВОП/СВ.

В образовательной программе EURACT обеспечивается база для обучения и изучения основных компетенций. Цели обучения с возможными методами обучения для их достижения, определены для каждой компетенции, охватывают знания, навыки и умения.

Медицинские вузы и преподаватели семейной медицины могут полагаться на эту структуру, следует учитывать общие принципы обучения. Обучение должно быть ориентировано на результат, ориентировано на учащегося, и в основном проходит на рабочем месте. Среда обучения должна быть безопасной и поддерживающей. Важными элементами являются конструктивная обратная связь и частое взаимодействие с тренерами/наставниками. Самостоятельное обучение и рефлексивная практика являются неотъемлемой частью специальности ВОП/СВ. Обучение «Врач/стажер как личность» должно быть подчеркнуто.

Оценка должна обеспечить развитие уверенного в себе компетентного врача, который берет на себя ответственность за уход за пациентами и функционирует как безопасный, независимый, профессиональный ВОП/СВ. Будь то формативная или суммативная, она должна быть высокого качества (т.е. надежной и действительной) и программной, т.е. встроенный во всю программу обучения для поддержки процесса обучения стажеров. Заблаговременное планирование необходимо для использования комплекса оценочных инструментов в разное время, в разных условиях и разными оценщиками. Обучаемые должны быть в основном наблюдаться и оцениваться на рабочем месте в различных условиях, использовать обратную

связь и баллы для профессионального оценивания. Образовательная программа EURACT создала набор инструментов, сводящий основные компетенции с методами оценки. Это позволяет преподавателям адаптировать инструменты оценки к целям и организации программы обучения по специальности. Европейским законодательством были определены требования к продолжительности и условиям обучения ВОП/СВ: резидентура не менее 3 лет; из них не менее 6 месяцев в утвержденной клинике и не менее 6 месяцев в утвержденном центре амбулаторной практики. Занятия должны быть больше практические, чем теоретические, и 50% времени должно быть с врачом общей практики. Однако в Европе существуют различия во времени и условиях обучения семейной медицине. Среднее время обучения врачей общей практики в резидентуре варьируется от 2 до 6 лет (рис. 4).

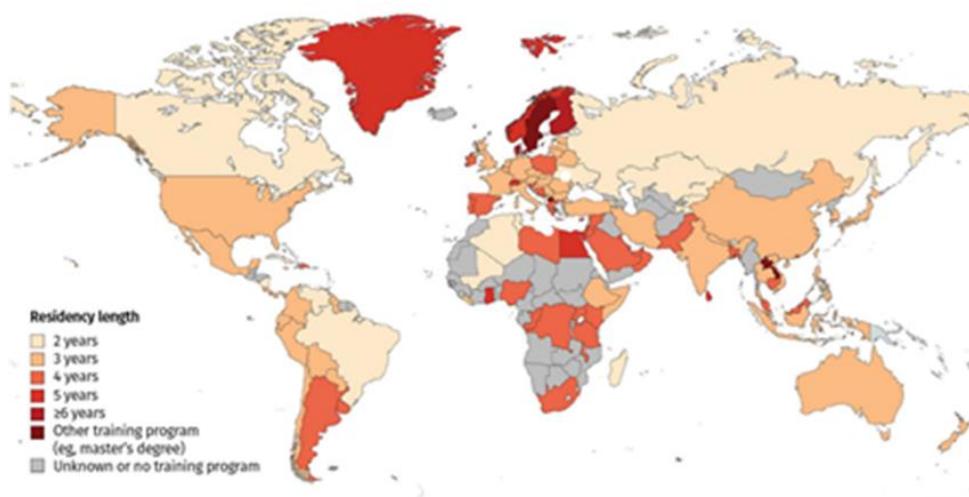


Рис. 4. Продолжительность обучающей программы резидентуры по семейной медицине: на карте представлены страны и продолжительность обучения в резидентуре (Arya N, Geurguis M, Vereecken-Smith C, Ponka D. Snapshot of family medicine around the world: Introducing the global family medicine website. *Can Fam Physician*. 2023;69(5):330-336)

Не менее 50% обучения должно проходить с врачом общей практики в ВОП/СВ. У резидентов есть встречи с пациентами, имеющими отношение к их будущей практике. Тем не менее, стационарное обучение тоже необходимо, так как там могут быть приобретены важные и конкретные результаты для некоторых существенных ключевых принципов. В программе обучения важно, чтобы оно было основано на компетентности и было ориентировано на цели общей практики. Содержание обучения и клиническая практика должны иметь отношение к их будущей практике СМ. Помимо обучения на рабочем месте (без отрыва от производства), могут быть обучение в других местах на основе учебной программы (вне работы). Групповое обучение, рефлексия, взаимное обучение, семинары и мастер-классы, выездные конференции и приобретение определенных навыков может быть ценным дополнением к плану обучения резидентов.

Вузам необходимо продумать процедуру отбора в резидентуру по семейной медицине. Оно должно заслуживать доверия, справедливое и публичное. В странах Европе имеется большое разнообразие в процедурах отбора. Главной целью должно быть привлечение наиболее подходящих кандидатов. Не всегда удается достичь этого.

Еще немаловажно уделять внимание отбору преподавателей семейной медицины. В 2002 г. (обновлено в 2012 г.) EURACT описал критерии отбора преподавателей и наставников для специальной подготовки в области общей практики. Важно, чтобы они регулярно повышали свои педагогические и клинические компетенции. Проходя обучение в практических условиях, важно, чтобы у резидентов были возможности консультирования пациентов в рабочее время и поддерживать образовательную среду для учебы. Учебное заведение должно организовать условия для обучения. Наряду с этим есть положительные примеры обучения резидентов за пределами курации медицинских вузов, так называемая выездная практика с налаженной постоянной обратной связью с резидентами. Рекомендуется тесная связь с обучением врачей общей практики в базовом медицинском вузе.

В 2022 году WONCA EUROPE выпустила новый документ, устанавливающий основные ценности семейной медицины [34]. Документ определяет семь основных ценностей:

1. Ориентированность на пациента
2. Непрерывность лечения
3. Справедливость ухода
4. Ориентированность на науку
5. Профессионализм
6. Сотрудничество в уходе
7. Ориентированность на общину

В этом отношении он является продолжением европейского определения семейной медицины. На данный момент в связи с изменениями в медицине, которые были вызваны глобальными событиями (технологические достижения и COVID-19 пандемия), семейная медицина получила толчок к дальнейшему развитию.

Таким образом, разнонаправленность работы ВОП/СВ вызывает трудности в подготовке специалиста, что соотносится с мировым положением дел относительно семейной медицины и его развитием в Республике Казахстан. В настоящее время есть и слабые места в обучении ВОП/СВ. Они связаны с регламентированными стандартами обучения на уровне резидентуры. В действующих стандартах обучения резидентов акцент делается на освоение дисциплин без соблюдения компетентностно-ориентированного подхода, предъявляемого к ВОП/СВ. В этом отношении имеющиеся пакеты документов WONCA EUROPE могут служить базовыми документами для разработки образовательных программ резидентуры по специальности медицина в медицинских вузах страны.

ГЛАВА 3. НЕПРЕРЫВНОЕ ОБУЧЕНИЕ НА ПРОТЯЖЕНИЕ ВСЕЙ ЖИЗНИ

Преимущества обучения на протяжении всей жизни

В последнее столетие ускорился темп жизни. ВОП/СВ приходится идти в ногу с обилием быстро меняющихся информации для оказания помощи пациенту, что вынуждает врача непрерывно обучаться. Обучение на протяжении всей жизни (lifelong learning) — это постоянное самомотивированное стремление к получению знаний по личным или профессиональным причинам, которое способствует личному развитию, профессиональной ответственности и общему удовлетворению. Непрерывное обучение позволяет развитию мышления, его росту, так как пытливый ум способствует стремлению стать лучшей версией себя самого. В современном мире медицины непрерывное профессиональное развитие (НПР) важно из-за:

- развития информационных технологий,
- быстрого обновления медицинской информации,
- расширения границ сотрудничества и коллабораций,
- возможностей дополнительного заработка,
- насыщенной личной и профессиональной жизни.

На этапах обучения в бакалавриате, интернатуре и резидентуре молодой специалист получает строго структурированные знания, что позволяет ему стать компетентным врачом. При переходе от новичка к эксперту происходит эволюция профессионального роста (рис. 5).

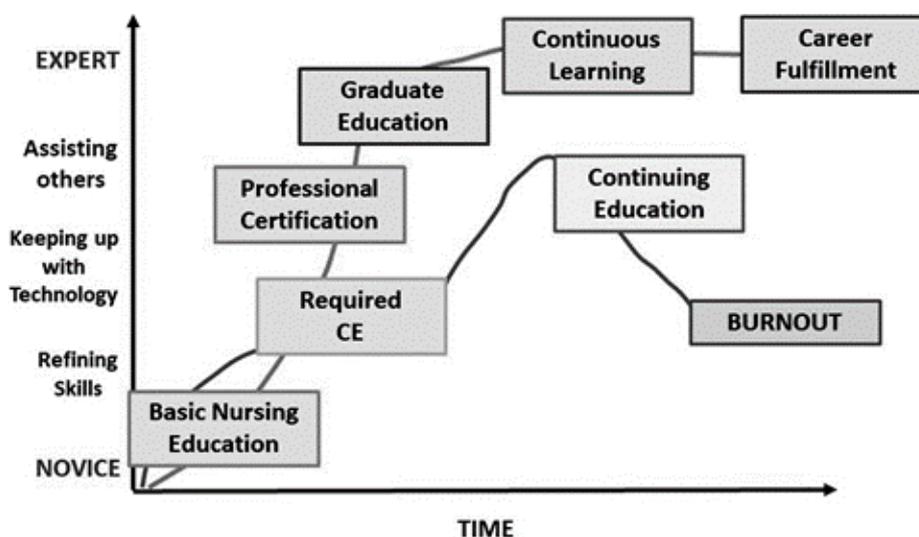


Рис. 5. Компоненты непрерывного обучения
(Faillace M. Lifelong Learning. Journal of Trauma Nursing. 2021;28(6):339-340)

Однако, после окончания резидентуры обучение становится проблемным из-за ряда причин: приходится совмещать практическую деятельность и организацию времени для обучения. Поэтому необходимо придерживаться советов для достижения цели в обучении [35]:

- брать обязательства – уделять ежедневно немного времени ему,
- обучение должно быть эффективным – небольшие объемы информации, закрепление на практике, чередование обучения с короткими по времени периодами расслабления,
- организация обучения - необходимо планировать обучение, подготовить рабочее место, необходимые инструменты для обучения,
- сосредоточение на обучении – продумать о внешних факторах (свет, фон, атмосфера), избегать многозадачности.

Необходимо учитывать тот факт, что обучению подлежат взрослые, которые имеют свои стили и цели обучения. Обучение взрослых – андрогогика – имеет специфику в отличии от классической педагогики. Основные точки опоры андрогогигки:

- Взрослые ориентированы на результат и нуждаются в знаниях: *почему важно чему-то учиться, что нужно делать, чтобы учиться и чему их будут учить?*

- Взрослые автономны и самостоятельны: *взрослые любят быть в состоянии осуществлять контроль над методами и целями в рамках обучение.*

- У взрослых большой жизненный опыт и знания, у них есть потребность связать их с обучением. Предыдущий опыт обучения взрослого также имеет значение, так как будет влиять на текущий учебный процесс.

- Взрослые ориентированы на релевантность. *У них должен быть мотив учиться, например, потому что их жизненная ситуация создает определенная потребность в обучении.* Это связано с готовностью учиться.

- Взрослые обычно практичны. *Они лучше учатся, когда знания представлены в реалистичном (реальном) контексте.*

- Взрослые проявляют высокую мотивацию к обучению, когда они получают новую информацию, которая может помочь им решить проблемы в их жизни/работе.

Непрерывное обучение может быть формальным и неформальным. В зависимости от самого человека, кому-то легче усваивать информацию посредством обучения на циклах повышения квалификации врачей, путем участия в конференциях, получения степеней и сертификации, но есть и те, кто предпочитает самообразование путем дистанционного обучения, чтения книг и статей. Обучаясь, вы получаете бесценное образование, которое настроит вас на долгосрочный карьерный успех, но и становитесь частью сообщества, которое поддерживает обучение на протяжении всей жизни.

Часть стратегий, которые следует учитывать при обучении:

- узнавать новое каждый день;
- рассматривать проблемы как возможности;
- не предполагать;
- определить цели обучения;
- быть уверенным в себе;
- пробовать новое и оценивать результаты;

- наставлять других;
- принимать участие в жизни вашей профессиональной организации.

Непрерывное профессиональное развитие и качество медицинской помощи

Система здравоохранения в любой стране направлено на подготовку квалифицированных медицинских работников. От качества их работы зависит эффективность мероприятий по ведению пациентов, профилактике заболеваний, снижению показателей госпитализации, смертности и др. Качественный кадровый потенциал в здравоохранении напрямую связан с уровнем подготовки и профессиональных компетенций. Концепция ВОЗ предусматривает три аспекта качества:

- качество структуры (оснащенность, обеспеченность);
- качество процесса (медицинская помощь);
- качество результатов (исходы медицинской помощи).

Подготовку качественного медицинского персонала можно получить только в процессе непрерывного улучшения: личностных качеств, знаний, умений и навыков. Следовательно, НПР должно быть важным звеном, позволяющим врачу поддерживать необходимый профессиональный уровень в течение карьеры.

Основные принципы НПР медицинских работников:

- непрерывный и системный характер;
- инновационная направленность программ обучения;
- ориентир программы обучения на потребности врача, организации и системы здравоохранения;
- обучение медицинских работников на рабочих местах (минимизация отрыва от основной деятельности);
- непрерывная информационная поддержка врача на рабочем месте;
- благоприятный корпоративный и психологический климат в коллективе;
- использование современных образовательных технологий и информации, основанной на доказательствах;
- накопительная кредитная система повышения квалификации с индивидуальной траекторией обучения;
- развитие института наставничества.

Шесть признаков эффективного НПР:

- улучшение качества ухода за пациентами;
- поддержка профессиональных занятий;
- оценка профессиональных потребностей;
- оценка образовательных потребностей;
- пробуждение профессионализма;
- мотивация обучающихся.

Опыт многих стран в системе НПР основывается на накопительной кредитной системе непрерывного медицинского образования, который

основывается на обязательном наборе определенного количества кредитов, которая также внедрена в Казахстане (Приложение 1). Данная система позволяет вести учет учебной нагрузки, обеспечивает мобильность медицинских кадров внутри страны и за ее пределами. Кроме этого во многих странах принята система обязательной ревалидизации и ресертификации каждые 5-7-10 лет, без которого невозможно осуществление лечебной деятельности. Имеются данные о том, что каждые 3-4 года наступает период полураспада компетентности в связи с обновлением медицинской информации.

Дополнительное медицинское образование ориентировано на:

- обновление и приобретение новых знаний, навыков;
- формирование и закрепление знаний и навыков;
- внедрение в практическую деятельность знаний и навыков, основанных на доказательствах.

Дополнительное медицинское образование возможно за счет личных средств, так и за счет средств организации, предусмотренных в бюджете с учетом потребностей и производственной необходимости.

Формы непрерывного профессионального развития

НПР медицинских работников медицинских работников может осуществляться в следующих формах:

- повышение квалификации, стажировки;
- участие в конференциях, круглых столах, семинарах, мастер-классах;
- участие в открытых лекциях, семинарских и практических занятиях;
- сертификационные курсы;
- получение второго высшего образования по специальности без отрыва от производства (дистанционное, заочное обучение и т.д.);
- получение категории (для врачей, среднего медицинского персонала);
- публикация методических рекомендаций, статей и тезисов по профилю профессиональной деятельности;
- доклад на конференции, семинаре, симпозиуме на тему, соответствующую профилю профессиональной деятельности работника;
- обучение под контролем опытного коллеги или руководителя (кураторство, наставничество и др.);
- осуществление работником кураторской и других форм деятельности по обучению более молодых сотрудников, педагогическая деятельность в организациях, реализующих программы высшего и послевузовского образования;
- членство в профессиональных ассоциациях, Комитетах, Экспертных Советах и комиссиях, рабочих группах;
- участие в разработке нормативно-правовых документах;
- участие в научно-исследовательских работах.

В целом выделяют два формата обучения:

- на рабочем месте;

- вне рабочего места.

Обучение на рабочем месте осуществляется в процессе работы. Такое обучение экономически выгодно для организации. Оно предусматривает обучения в виде курсов, семинаров, мастер-классов, а также обучение у опытного коллеги. Популярным является обучение по системе «70-20-10», где 10% уделяется обучению в аудитории, 20% обучение на местах с опытным сотрудником и 70% реальное решение задач на рабочем месте. Формы обучения на рабочем месте могут быть в виде кратковременных курсов, семинаров, мастер-классов как офлайн, так и онлайн. Методы обучения разнообразны:

- включение обучаемого в процесс деятельности другого человека (баддинг, budding);
- наблюдение за процессом работы (шэдуинг, shadowing);
- стажировки, ротации (секондмент, secondment);
- целенаправленная передача опыта (наставничество, mentoring);
- раскрытие потенциала личности обучаемого (коучинг, coaching);
- сопровождение процесса обучения, обсуждение опыта переноса полученных знаний в реальную практику (тьюторство, tutoring);
- использование комплексных технологий обучения (тренинги);
- профессиональное консультирование и анализ целесообразности и качества используемых практических подходов и методов консультирования (супервизия).

Обучение вне рабочего места является более дорогостоящим обучением за счет личных средств или средств организации.

Для организаций, планирующих НПР сотрудников, необходимо соблюдать следующие этапы:

- планирование обучения сотрудников на определенный календарный период;
- выявление потребностей в обучении;
- формирование бюджета обучения;
- организация и мониторинг процесса обучения;
- внедрение сотрудниками знаний и навыков в клиническую практику;
- оценка эффективности обучающих мероприятий.

Рекомендуется для сотрудников вести индивидуальный план развития, который предусматривает планирование обучения с учетом индивидуальных профессиональных потребностей и системности развития необходимых знаний и навыков.

Непрерывное профессиональное обучение ВОП/СВ

Если провести поиск информации какие есть характеристики НПР, то нельзя найти четкого понимания в литературе. Утверждается, что обучение на протяжении всей жизни развивает критическое клиническое мышление с последующим самоанализом [36]. Обучение на протяжении всей жизни занимает

центральное место в концепции профессионализма. Необходимым условием обучения медицинского работника на протяжении всей жизни являются:

- способность распознавать и понимать информацию;
- желание учиться, основанное на способности делать выводы, оценивать их;
- самостоятельность в обучении;
- уверенность, терпение, настойчивость обучающегося;
- активный поиск информации из различных достоверных источников.

В настоящее время большое внимание уделяется базовому обучению в медицинском вузе, тогда как послевузовское обучение в большинстве своем основывается на самостоятельном обучении медицинского работника вне рабочего времени. Кроме этого существует сложность в обучении ВОП/СВ в силу специфики широкой деятельности. Всемирной федерацией медицинского образования (World Federation for Medical Education (WFME)) разработаны стандарты обучения: базовое медицинское образование, последипломное медицинское образование, непрерывное профессиональное развитие. Стандарты помогают выстраивать необходимую этапность в обучении медицинских работников, однако они имеют общий характер без учета практической деятельности ВОП/СВ. В связи с этим в 2016 году WONCA разработала Глобальные стандарты непрерывного профессионального обучения ВОП/СВ. Цель данного документа:

- сформировать ресурсы для ВОП/СВ для обучения на протяжении всей жизни,
- оптимизировать системы НПП под потребности ВОП/СВ,
- предложить ВОП/СВ набор разработанных международных стандартов с позиции семейной медицины

В стандартах НПП WONCA учитывает два подхода: базовый и продвинутый. Первый ориентирован на уровень стран с минимальными ресурсами, второй для более развитых стран и систем здравоохранения. Потенциал этих Стандартов заключается в применении не только индивидуально, но и в разрезе возможностей сообщества, систем здравоохранения (Приложение 2).

Существуют различия в степени развития семейной медицины в зависимости от страны: от минимального до развитой системы здравоохранения. Стандарты помогают нивелировать это различие. Их можно адаптировать под личные, региональные и контекстные потребности.

В исследованиях по выявлению потребностей ВОП/СВ в образовательном компоненте НПП получены следующие актуальные темы [37, 38]:

- Стандарты лечения (обновления/терапия) (38,8%)
- Геронтология и гериатрия (34,3%)
- Ведение распространенных хронических неинфекционных заболеваний (например, бронхиальная астма, сахарный диабет и др.) (30,2%)
- Дерматология (25,2%)
- Безопасность пациентов и врачебная ошибка (25,1%)

- Интерпретация лабораторных данных, ЭКГ, рентгенологических результатов (24,6%)
- Догоспитальная помощь, неотложная помощь, сердечно-легочная реанимация (19,2%)
- Женское здоровье (17,7%)
- Офтальмология (14,8%)
- Управление болью (14,2%)
- Психиатрия (принудительная госпитализация, психозы и др.) (13,5%)
- Ревматология (13,3%)
- Падения и синкопальные состояния (13,3%)
- Психическое здоровье (13,2%)
- Паллиативная помощь (13,1%)
- Иммунология и аллергология детского возраста (11,7%)
- Инфекционные болезни (11,2%)
- Инфекции, передающиеся половым путем (11,2%)
- Злоупотребление психоактивными веществами, в том числе злоупотребление алкоголем (11,2%)
- Спортивная медицина (10%)
- Педиатрия (9,8%)
- Медицина труда (9,5%)
- Оценка социальных/психологических потребностей пациентов (9,1%)
- Нефрология (9%)
- Профилактическая медицина (рак, ССЗ) (8,9%)
- Неврология (8,8%)
- Ожирение и потеря веса / вопросы питания (7,8%)
- Оценка комплексного развития детей (7,8%)
- Мужское здоровье (7,7%)
- Навыки процедурных манипуляций / малая хирургия (7,0%)
- Вакцинация (6,9%)
- ЛОР (включая рак полости рта) (6,6%)
- Лечебная физкультура / физическая активность (6,5%)
- Ортопедия (5,7%)
- Здоровый образ жизни и контроль веса 75 (4,4%)
- Респираторная медицина (4,2%)
- Гастроэнтерология (2,9%)
- Другие (2,7%)

Конечно, все зависит от местных региональных потребностей, но в целом темы актуальны для ВОП/СВ, так как с этим списком потребностей врачи сталкиваются в повседневной практике. Если рассматривать профессиональные потребности ВОП/СВ, то мы получим следующую картину:

- Применение рекомендаций в практике, основанных на фактических данных (31,1%)

- Оценка эффективности практики / проведение аудита (22,7%)
- Способность справляться с изменениями в общей практике и активно управлять ими (22,5%)
- Распознавание и управление рисками в клинической практике (22,4%)
- Составление судебно-медицинских заключений / свидетельство о смерти / юридическая медицина (21,0%)
- Самопомощь общей практики (20,2%)
- Управление стрессом (себя и других) (19,6%)
- Работа с неопределенностью (19,2)
- Практика управления / деловые навыки / получение дохода (18,7%)
- Как справиться с бумажной работой на практике (18,2%)
- Работа с жалобами (16,1%)
- Тайм-менеджмент (15,7%)
- Финансовый менеджмент (15,3%)
- Использование новых медиа / цифровых технологий (14,4%)
- Внедрение новых идей / услуг / клиник в свою практику (14,2%)
- Компьютерные навыки / программное обеспечение (Excel и т. д.) (13,8%)
- Управление персоналом практики (13,8%)
- Когнитивно-поведенческая терапия (13,7%)
- Разработка бизнес-плана практики (13,5%)
- Изменение поведения у пациентов (12,7%)
- Медицинская этика / юридическая медицина (12,2%)
- Навыки ведения переговоров и разрешения конфликтов (10,1%)
- Соответствующее направление (больница, физиотерапия, радиология) (10%)
- Профессиональная ответственность (9,8%)
- Поиск медицинской литературы / медицинских услуг в Интернете (9,4%)
- Надлежащее ведение документации / ввод данных (7,9%)
- Положение о конфиденциальности (7,4%)
- Законодательство, влияющее на политику в области здравоохранения (7,1%)
- Экономика здравоохранения / управление ресурсами (6,8%)
- Защита прав пациентов, социальный долг врача (6,3%)
- Работа в команде / переговоры / разрешение конфликтов (6,3%)
- Практика укрепления здоровья и профилактическая медицина (скрининг) (6,1%)
- Лидерство в ПМСП (5,4%)
- Давать четкие медицинские советы / информацию/инструкции пациентам (5,3%)
- Навыки общения / межличностного общения (4,9%)
- Лечение пациентов с проблемами владения языком (4,8%)
- Другое (0,7%)

Важность знания потребностей ВОП/СВ в образовательном контенте значима, так как в последующем помогает разрабатывать циклы повышения квалификации, мастер классы, тренинги и другие форматы обучения врачей.

Барьеры непрерывного профессионального развития в ПМСП

Есть трудности в поддержании врачами общей практики НПП. Одно из основных барьеров для НПП указывается время. Исследования показывают, что нехватка времени отрицательно влияет на мотивацию врачей, удовлетворенность и доступность, и даже снижает их самооценку, что приводит к чувству вины независимо от возраста или клинического опыта. ВОП/СВ осознают, что их профессиональная подготовка требует от них широких знаний, чтобы справляться с разнообразными клиническими ситуациями, в которых им приходится работать, так как они находятся на первой линии медицинской помощи. Они признают, что им необходимо получать постоянное обучение во многих различных областях медицины. Однако, ситуации с отсутствием времени приводят к негативным ощущениям недисциплинированности, лени и вины [39].

Еще имеются эмоциональные барьеры, связанные с загруженностью, насыщенной ежедневной практикой и бюрократическими моментами в работе. Это приводит на общую негативную точку зрения и чувство низкого удовлетворения от клинической деятельности и ее низкой эффективности. Такое состояние может привести к снижению мотивации обучения. Следовательно, важно поддерживать благополучие ВОП/СВ, так как от этого будет зависеть качество медицинской помощи, лечение, приверженность и удовлетворенность пациентов.

Предполагается, что пожилой возраст и длительный стаж работы тоже могут быть барьерами НПП, так как молодые врачи с малым клиническим опытом более мотивированы обучению. Однако, исследования выявили, что ограничение времени и перегрузка на работе имеют более значимое влияние на НПП.

Серьезными препятствиями могут быть низкая цифровая компетентность и отсутствие соответствующей электронной техники и условий для работы в амбулаторных условиях, особенно это связано со старшим поколением врачей. Врачи общей практики с большим стажем клинической практики имеют трудности в реализации работы с помощью информационно-цифровых технологий.

Однако, имеющаяся действительность, связанная с пандемией COVID-19, позволила активно развивать в образовательных технологиях онлайн обучение, что позволило получать эффективные результаты. Лучшие результаты врачи общей практики отмечают в сочетании микст формата с закреплением результатов обучением на месте.

Какой бы формат обучения не был бы принят, обучение должно быть постоянным и обязательным, только при этих условиях будет эффективное внедрение НПП.

ГЛАВА 4. КЛИНИЧЕСКОЕ НАСТАВНИЧЕСТВО

Определение и роль клинического наставничества

Клиническое наставничество играет важную роль в развитии здравоохранения, способствуя повышению качества и безопасности медицинской практики. Это практический подход, который объединяет опытных врачей и медицинских специалистов с молодыми коллегами для обмена знаниями, навыками и менторской поддержки.

Клиническое наставничество - это система обучения и развития, в которой опытные и квалифицированные медицинские специалисты, называемые наставниками, предоставляют руководство, обратную связь и консультацию молодым и начинающим коллегам, известным как наставляемые. Целью клинического наставничества является развитие профессиональных навыков и компетенций наставляемых, повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов.

Несмотря на то, что наставничество играет жизненно важную роль в медицинском образовании, в литературе по медицинскому образованию отсутствует единообразное определение наставничества. Определения включают «длительные отношения, в которых руководство и рекомендации даются с целью профессионального развития», «естественно сформированные, индивидуальные, взаимные, преданные, благородные отношения между младшим и старшим по званию, предназначенные для содействия личному и профессиональному развитию, выходящему за рамки каких-либо конкретных учебных или институциональных целей», и «личная связь с преподавателем, направленная на то, чтобы помочь молодому специалисту реализовать личное и профессиональное видение». Преимущества подопечных включают в себя: повышенную уверенность, удовлетворенность, публикации и безопасное убежище для обсуждения идей/планов, признание, обеспечение поддержки, информации, руководство и обратной связи.

Преимущества наставничества включают в себя создание наследия, налаживание связей, новые навыки, вдохновение, информацию и идеи, а также повышение производительности, карьерный рост, удовлетворенность и удержание сотрудников. Роли наставника включают в себя коуча, учителя, консультанта и спонсора в установлении взаимного доверия для оказания влияния на психосоциальные и карьерные функции подопечного. В отличие от услуг тренера или консультанта, наставничество не требует платы. Будучи тренером, наставник развивает у подопечного определенный навык, задачу или цель. В качестве консультанта, наставник обеспечивает конкретное профессиональное развитие. Как консультант, наставник поощряет самоконтроль, выступает в защиту подопечного с помощью сетей и возможностей.

Наставничество может способствовать карьерному и психосоциальному развитию наставника и подопечного. Психосоциальные функции включают компетентность, уверенность, идентичность и эффективность. Доверие является

основополагающим, отношения довольно близкие, когда подопечный и наставник узнают о жизни друг друга.

Эффективным наставникам необходимы знания о планировании карьеры, ролях, ожиданиях и политике, а также навыки профессионального общения и взаимоотношений. Навыки наставничества включают в себя поддержание конфиденциальности, побуждение других выходить за пределы зоны комфорта, налаживание связей с другими, служение образцами для подражания, общение, поддержку, мотивацию, обратную связь, ответы на вопросы и исследовательские навыки. Отношение наставника включает уважение, смирение, готовность, сострадание, инклюзивность, стремление вкладывать время, энергию и оптимизм, а не цинизм.

Роль клинического наставничества занимает огромное значение для молодых медицинских специалистов. Опытные наставники предоставляют руководство, поддержку и обратную связь молодым врачам, что помогает им развивать навыки клинической практики и принимать обоснованные решения. Наставники также помогают в освоении профессиональной этики и развитии межличностных навыков, необходимых для эффективной коммуникации с пациентами и членами команды здравоохранения.

Клинический наставник выполняет ряд важных ролей в процессе обучения и развития молодых медицинских специалистов. Вот некоторые из них:

- *Ментор и образец для подражания.* Клинический наставник является ролевой моделью для наставляемых. Он демонстрирует профессионализм, этичность, отличные клинические навыки и характеристики лидера. Наставник помогает наставляемым развивать свою профессиональную идентичность и стремиться к высоким стандартам в медицине [40].
- *Развитие профессиональных навыков.* Одной из ключевых ролей клинического наставника является помощь наставляемым в развитии и улучшении их клинических навыков. Наставник предоставляет возможность наставляемым практиковаться под его руководством, обсуждает различные случаи и помогает развивать навыки принятия решений на основе знаний и опыта.
- *Предоставление обратной связи.* Клинический наставник играет важную роль в предоставлении обратной связи наставляемым. Он наблюдает за их работой, оценивает их производительность и предоставляет конструктивную обратную связь. Это помогает наставляемым осознать свои сильные стороны и области для улучшения, а также разработать планы дальнейшего развития.
- *Оценка работы и оценка производительности.* Клинический наставник играет важную роль в оценке производительности наставляемых. Он проводит оценку их работы, определяет сильные и слабые стороны и помогает наставляемым разработать стратегии для улучшения и достижения высоких стандартов профессионализма.
- *Развитие лидерских качеств.* Клинический наставник помогает наставляемым развивать лидерские качества, которые необходимы для успешной карьеры в медицине. Он способствует развитию навыков

коммуникации, руководства и коллаборации, а также вдохновляет наставляемых на активное участие в профессиональном и научном сообществе.

- *Поддержка эмоционального благополучия.* Клинический наставник предоставляет эмоциональную поддержку наставляемым. Он помогает им преодолеть трудности и стресс, связанные с практикой и обучением, создает поддерживающую и стимулирующую среду для их профессионального роста и развития.

Роль клинического наставника в практике является многогранной и важной. Он выполняет функции ментора, развивает профессиональные навыки, предоставляет обратную связь и оценку, развивает лидерские качества и обеспечивает эмоциональную поддержку наставляемых. Клиническое наставничество способствует профессиональному росту и повышению качества медицинской помощи, создавая сильную и поддерживающую среду для развития молодых медицинских специалистов [41].

Преимущества клинического наставничества

Одним из основных преимуществ клинического наставничества является повышение качества практики и безопасности пациентов. Клинический наставник играет важную роль в обучении и развитии молодых медицинских специалистов, помогая им осваивать передовые клинические навыки и процедуры. Через непосредственное наблюдение и обратную связь, наставник помогает наставляемым улучшать свою клиническую практику, развивать способности к критическому мышлению и принятию обоснованных решений. Это приводит к более точным диагнозам, эффективному лечению и снижению риска ошибок, что положительно влияет на безопасность и результаты лечения пациентов.

Вот несколько способов, которыми клиническое наставничество способствует повышению качества практики и безопасности пациентов:

- *Передача знаний и опыта.* Клинические наставники обладают богатым опытом и экспертизой в своей области. Они могут передать свои знания и умения молодым специалистам, помогая им развиваться профессионально и улучшить свою практику. Наставники делятся лучшими практиками, обучают методам принятия решений и помогают улучшить клинические навыки, что приводит к повышению качества здравоохранения.
- *Обратная связь и корректировка ошибок.* Клинические наставники предоставляют систематическую обратную связь наставляемым. Они могут помочь идентифицировать ошибки и слабые места в практике, предложить рекомендации по их исправлению и развитию. Это помогает молодым специалистам избегать повторения ошибок, повышает их осведомленность о безопасности пациентов и способствует повышению качества предоставляемой медицинской помощи.
- *Стандартизация практики.* Клинические наставники могут играть важную роль в стандартизации практики среди молодых специалистов. Они могут

обучать наставляемых на основе актуальных стандартов и протоколов, способствуя согласованности и соблюдению определенных процедур и принципов. Это способствует повышению безопасности пациентов и обеспечивает более единое и качественное предоставление медицинской помощи.

- *Развитие навыков решения проблем.* Клиническое наставничество помогает молодым специалистам развить навыки решения проблем, особенно в сложных клинических ситуациях. Наставники могут обучать наставляемых анализировать информацию, принимать обоснованные решения и эффективно реагировать на чрезвычайные ситуации. Это важно для обеспечения безопасности пациентов и улучшения результатов лечения.
- *Поддержка этических стандартов.* Клинические наставники играют важную роль в формировании профессиональной этики у молодых специалистов. Они могут передавать ценности и принципы, связанные с этикой медицины, помогая наставляемым принимать этически обоснованные решения и поддерживать доверие и уважение пациентов.

Комбинация этих факторов в клиническом наставничестве приводит к повышению качества практики и безопасности пациентов. Молодые медицинские специалисты получают не только знания и навыки, но и поддержку, мотивацию и руководство со стороны опытных наставников. Это помогает создать окружение, где здоровье и безопасность пациентов находятся на первом месте, а качество медицинской помощи постоянно улучшается.

Клиническое наставничество является эффективным инструментом для развития профессиональных навыков и компетенций молодых специалистов. Наставник, основываясь на своем опыте и знаниях, помогает наставляемым совершенствовать свои клинические навыки, осваивать новые процедуры и техники, а также развивать навыки коммуникации, сотрудничества и лидерства. В результате наставляемые становятся более компетентными и уверенными в своей работе, что положительно сказывается на качестве медицинской помощи, которую они оказывают.

Верно, клиническое наставничество играет важную роль в развитии профессиональных навыков и компетенций молодых специалистов. Некоторые способы, которыми наставники способствуют развитию этих навыков, включают:

- *Обучение на практике.* Наставники предоставляют возможность наставляемым применять свои знания и навыки на практике. Они могут демонстрировать правильные техники и процедуры, а затем позволять наставляемым практиковать их под их руководством. Такой подход помогает молодым специалистам улучшать свои навыки и осваивать новые методы [42].
- *Обратная связь и оценка.* Наставники предоставляют наставляемым конструктивную обратную связь о их производительности. Они обсуждают с ними сильные и слабые стороны и помогают улучшить их работу. Оценка и

рефлексия помогают молодым специалистам осознать свой прогресс и определить области, в которых они могут развиваться.

- *Менторство и поддержка.* Наставники не только передают свои знания и навыки, но и являются ролевыми моделями и наставниками для молодых специалистов. Они помогают им развивать лидерские и межличностные навыки, а также поддерживают их в процессе профессионального роста и развития.
- *Совместная работа и коллаборация.* Наставники стимулируют молодых специалистов к сотрудничеству и работе в команде. Они создают условия для совместного обучения и обмена опытом, что способствует развитию коллективной эффективности и сотрудничества.
- *Обучение академическим навыкам.* Клинические наставники также помогают молодым специалистам развивать академические навыки, такие как критическое мышление, литературный обзор и научная публикация. Они могут ориентировать наставляемых в научных исследованиях и помогать им создавать научные работы.

Клиническое наставничество играет ключевую роль в подготовке молодых специалистов к профессиональной практике и повышению качества здравоохранения. Клиническое наставничество также способствует сокращению времени адаптации молодых специалистов к клинической практике и ускорению их профессионального роста. Благодаря наставничеству, наставляемые получают руководство и поддержку со стороны опытного наставника, что помогает им быстрее освоиться в новой роли и среде работы. Наставник предоставляет наставляемым ценные советы и ресурсы, помогает им развивать стратегии саморазвития и достижения карьерных целей. Это позволяет молодым специалистам активно развиваться профессионально и достигать успехов в своей карьере.

Наставники, основываясь на своем опыте и экспертизе, помогают молодым специалистам быстрее освоиться в клинической практике и преодолеть препятствия, с которыми они могут столкнуться. Наставники предоставляют наставляемым руководство и поддержку, помогая им развивать навыки, необходимые для эффективной работы в клинической среде. Они могут делиться своим опытом, давать ценные советы и обратную связь, что позволяет молодым специалистам быстрее осознать свои сильные стороны и преодолеть слабые.

Кроме того, наставничество способствует развитию стратегий саморазвития и карьерного роста. Наставники помогают молодым специалистам определить свои карьерные цели и разработать планы действий для их достижения. Они могут предоставлять наставляемым доступ к ресурсам, обучающим программам и возможностям профессионального развития. В результате клинического наставничества молодые специалисты получают ценную поддержку, осознают свой потенциал и смогут быстрее достичь высокого уровня профессиональной компетентности и успеха в своей карьере.

Клиническое наставничество способствует формированию позитивного профессионального образа и укреплению профессиональной идентичности у

наставляемых. Наставник, выступая в качестве ролевой модели и наставляя своих подопечных, помогает им осознать и развить свои профессиональные ценности, этические принципы и стандарты. Он также способствует формированию осознанного и ответственного отношения к своей профессии, что создает основу для профессионального роста и успешной карьеры.

Формирование позитивного профессионального образа начинается с примера, установленного наставником. Наставник, проявляя профессионализм, эмпатию и этичность в своей работе, становится образцом для наставляемых. Они могут наблюдать и учиться от наставника, как вести себя с пациентами, как эффективно решать проблемы и как поддерживать культуру безопасности и качества.

Кроме того, наставник помогает наставляемым распознать и развить их сильные стороны и уникальные способности, которые могут помочь им достичь успеха в своей профессии. Он обеспечивает поддержку и обратную связь, что помогает наставляемым повысить уверенность в своих навыках и укрепить свою профессиональную идентичность.

Клиническое наставничество также способствует развитию самосознания и саморефлексии у наставляемых. Регулярные беседы с наставником позволяют им анализировать свою работу, выявлять свои сильные и слабые стороны, а также учиться из своего опыта. Это способствует постоянному росту и улучшению профессиональных навыков.

Формирование позитивного профессионального образа и укрепление профессиональной идентичности имеет долгосрочные выгоды для наставляемых и для системы здравоохранения в целом. Наставляемые, осознавая свою значимость и важность своей профессии, могут стать мотивированными и добросовестными медицинскими специалистами, способными достичь высоких стандартов практики и обеспечить безопасность и качество заботы о пациентах.

Таким образом, роль клинического наставничества в формировании позитивного профессионального образа и укреплении профессиональной идентичности является важным фактором в профессиональном развитии молодых медицинских работников. Она способствует созданию высокопрофессиональной и мотивированной рабочей силы, что положительно влияет на качество здравоохранения и удовлетворенность пациентов.

Клиническое наставничество имеет положительное влияние на удовлетворенность и мотивацию молодых медицинских работников. Наставник, поддерживая и вдохновляя своих наставляемых, помогает им преодолевать трудности и стресс, связанные с практикой и обучением. Он создает поддерживающую и стимулирующую среду, где наставляемые чувствуют себя ценными и уважаемыми. Это способствует повышению их удовлетворенности от работы и укреплению мотивации для достижения профессиональных целей.

Вот несколько ключевых аспектов, которые способствуют достижению этого результата:

- *Создание поддерживающей среды.* Клинические наставники создают поддерживающую и вдохновляющую среду для молодых медицинских

работников. Они обеспечивают эмоциональную поддержку, готовность выслушать, помощь и содействие в развитии навыков и компетенций. Это создает атмосферу доверия и комфорта, где молодые специалисты чувствуют себя поддерживаемыми и ценными членами команды.

- *Признание и поощрение.* Наставники признают и оценивают достижения и прогресс молодых медицинских работников. Они активно обратят внимание на усилия и прогресс наставляемых, выражая признательность и поощрение. Это укрепляет чувство удовлетворенности и мотивации у молодых специалистов, поскольку они видят, что их усилия замечены и оценены.
- *Повышение самооценки.* Клиническое наставничество способствует повышению самооценки молодых медицинских работников. Через наставничество они получают не только знания и навыки, но и веру в свои собственные способности. Наставники поддерживают наставляемых, помогая им осознать и использовать свой потенциал, развивать уверенность в своих действиях и преодолевать сомнения и неуверенность.
- *Возможности для развития.* Клиническое наставничество предоставляет молодым медицинским работникам возможности для профессионального и личностного развития. Наставники помогают наставляемым устанавливать цели, разрабатывать планы развития и обеспечивают поддержку в их достижении. Это стимулирует молодых специалистов стремиться к лучшим результатам и развиваться в своей профессиональной карьере.
- *Стимуляция приверженности.* Клиническое наставничество помогает формированию приверженности молодых медицинских работников к своей профессии и организации здравоохранения. Через поддержку, руководство и образцовое поведение наставников, молодые специалисты видят ценность своей работы и вклад в здоровье пациентов. Это стимулирует их приверженность к высоким стандартам практики и продолжительной карьере в здравоохранении [43].

В результате, клиническое наставничество играет важную роль в повышении удовлетворенности и мотивации молодых медицинских работников. Это способствует их профессиональному росту, эффективности работы и приверженности к высоким стандартам практики. Создание поддерживающей среды, признание и поощрение, повышение самооценки, возможности для развития и стимуляция приверженности - все это составляет основу для удовлетворенной и мотивированной рабочей силы в сфере здравоохранения.

Клиническое наставничество предоставляет ряд значимых преимуществ. Оно повышает качество практики и безопасность пациентов, развивает профессиональные навыки и компетенции молодых специалистов, сокращает время адаптации и ускоряет их профессиональный рост, формирует позитивный профессиональный образ и укрепляет профессиональную идентичность, а также повышает удовлетворенность и мотивацию молодых медицинских работников. Клиническое наставничество является важным инструментом для развития молодых специалистов и повышения качества медицинской помощи.

Вызовы и проблемы клинического наставничества

Одним из главных вызовов клинического наставничества является отбор и подготовка квалифицированных наставников. Не каждый опытный медицинский специалист обладает навыками и компетенциями, необходимыми для успешного наставничества. Для эффективного наставничества требуются не только клинические знания, но и навыки обучения, коммуникации, руководства и менторства. Поэтому важно разрабатывать и проводить специальные программы подготовки наставников, которые помогут им освоить эти навыки и принять роль эффективного наставника.

Существуют аспекты, которые следует учитывать при отборе наставников:

- *Клинический опыт.* Наставник должен обладать достаточным клиническим опытом и компетенциями в своей области специализации. Опыт и знания наставника позволяют ему быть авторитетным и доверенным источником информации для наставляемых.
- *Коммуникационные навыки.* Наставник должен обладать отличными коммуникационными навыками, чтобы эффективно общаться и устанавливать связь с наставляемыми. Это включает умение слушать, задавать вопросы, давать обратную связь и быть эмоционально поддерживающим.
- *Образовательные навыки.* Наставник должен иметь навыки обучения и понимать различные методы и подходы к обучению. Это позволит ему эффективно передавать знания и навыки наставляемым, а также разрабатывать индивидуализированные образовательные планы.
- *Руководящие навыки.* Наставник должен быть способен руководить и ориентировать наставляемых в их профессиональном развитии. Это включает способность устанавливать цели, разрабатывать планы действий и мотивировать наставляемых достигать успеха.

После отбора подходящих кандидатов необходимо обеспечить их подготовку. Это может быть достигнуто через проведение специальных тренингов, семинаров или программ обучения. В этих программах наставники получают необходимые навыки и инструменты для успешного наставничества, включая методы обучения, эффективную коммуникацию, управление конфликтами и менторство.

Важно отметить, что подготовка наставников является непрерывным процессом. Наставники должны иметь возможность постоянно развиваться, улучшать свои навыки и обновлять свои знания. Регулярные обучающие мероприятия, обмен опытом и обратная связь помогут наставникам эволюционировать и стать все более квалифицированными и эффективными. Конечная цель отбора и подготовки квалифицированных наставников заключается в создании команды наставников, которые могут предоставить высококачественное и поддерживающее руководство для молодых медицинских работников.

Ключевыми в клиническом наставничестве являются коммуникационные и межличностные аспекты и могут представлять определенные вызовы. Наставник

должен уметь эффективно коммуницировать с наставляемыми, устанавливать доверительные отношения и обеспечивать открытый и конструктивный диалог. Возникающие проблемы в коммуникации, такие как недостаточная ясность или недостаточное понимание, могут затруднить передачу знаний и навыков, а также повлиять на качество обратной связи. Поэтому необходимо обращать особое внимание на развитие коммуникативных навыков у наставников и поддерживать их в развитии эффективного общения с наставляемыми [44].

При выборе кандидатов необходимо учитывать и обратить на следующие пункты:

- *Эмпатия и доверие.* Наставник должен уметь выразить эмпатию и понимание к наставляемому. Это помогает создать доверительные отношения и укрепить связь между наставником и наставляемым. Понимание чувств и потребностей наставляемого позволяет наставнику лучше адаптировать свой подход и поддерживать мотивацию и удовлетворенность наставляемого.
- *Ясность и понятность.* Наставник должен быть способен ясно и понятно объяснять сложные концепции и процедуры. Он должен использовать простой и доступный язык, чтобы наставляемый мог полноценно усвоить информацию. Умение задавать вопросы и слушать активно помогает наставнику убедиться, что он доносит информацию идеально.
- *Конструктивная обратная связь.* Наставник должен быть способен давать конструктивную обратную связь, которая помогает наставляемому улучшать свои навыки и знания. Обратная связь должна быть сбалансированной, объективной и сосредоточенной на развитии. Это помогает наставляемому понимать свои сильные стороны и области, требующие улучшения, а также стимулирует его к самосовершенствованию.
- *Умение слушать и поддерживать.* Наставник должен быть активным слушателем и понимать потребности и ожидания наставляемого. Слушание позволяет наставнику получить информацию о проблемах или вопросах, с которыми сталкивается наставляемый, и предоставить ему необходимую поддержку и руководство.
- *Разрешение конфликтов.* Конфликты могут возникать в процессе наставничества, и наставнику важно быть в состоянии разрешать их конструктивно. Умение слушать все стороны, находить компромиссы и искать решения, способствует сохранению гармоничных отношений и продуктивной рабочей среды.

Обучение наставников коммуникационным и межличностным навыкам является неотъемлемой частью подготовки. Это может включать тренинги, семинары, менторство и регулярные обратные связи. Поддержка и развитие этих навыков помогут наставникам эффективно взаимодействовать с наставляемыми, повысить их удовлетворенность и мотивацию, а также создать благоприятную и поддерживающую обучающую среду [45].

Клинический наставник может столкнуться с вызовами, связанными с работой с разнообразными личностными и профессиональными стилями наставляемых. Каждый молодой специалист имеет уникальные особенности,

предпочтения и способы обучения. Наставник должен быть гибким и способен адаптироваться к разным стилям обучения и наставничества. Это может потребовать умения применять различные методы и подходы, а также умения распознавать и учитывать индивидуальные потребности и предпочтения наставляемых [46].

Соппротивление и возникновение конфликтов могут быть проблемами, с которыми сталкиваются клинические наставники. Некоторые наставляемые могут испытывать сопротивление к наставничеству, поскольку оно может быть воспринято как контроль или ограничение свободы в профессиональной практике. Конфликты могут возникать из-за различий во взглядах, стилях работы или личностных особенностей. Важно развивать навыки управления конфликтами и умение находить компромиссы, а также строить отношения, основанные на взаимном уважении и доверии, чтобы преодолевать сопротивление и эффективно разрешать конфликты.

Преодоление сопротивления и управление конфликтами являются важными аспектами клинического наставничества. Для эффективного преодоления сопротивления необходимо установить открытую и доверительную коммуникацию с наставляемыми. Важно объяснить цели и пользу наставничества, подчеркнуть важность профессионального развития и достижения высоких стандартов практики. Предоставление поддержки и стимулов, а также выявление и решение возникающих проблем и сопротивления помогут преодолеть сопротивление и установить позитивное отношение к наставничеству.

Конфликты могут возникать из-за различий во взглядах, стилях работы или личностных особенностей между наставником и наставляемым. Чтобы эффективно управлять конфликтами, необходимо обладать навыками коммуникации, эмпатии и умением слушать и понимать других людей. Важно создать атмосферу взаимного уважения и доверия, где каждая сторона может выразить свои точки зрения и вместе искать конструктивные решения. При необходимости можно привлекать третьи стороны, такие как административные руководители или медиаторы, для помощи в урегулировании конфликтов.

Для успешного преодоления сопротивления и управления конфликтами также важно обеспечить обратную связь и регулярные встречи между наставником и наставляемым. Это позволяет открыто обсуждать возникающие проблемы, выражать ожидания и вносить коррективы в процесс наставничества. Важно помнить, что каждый конфликт или сопротивление является возможностью для роста и улучшения отношений, если они эффективно решаются и используются для улучшения качества наставничества.

Преодоление сопротивления и управление конфликтами требуют гибкости, терпения и умения находить компромиссы. В конечном итоге, успешное преодоление этих вызовов в клиническом наставничестве способствует развитию крепких и продуктивных отношений между наставником и наставляемым, что является ключевым фактором эффективного профессионального развития и достижения высоких стандартов практики.

Оценка эффективности клинического наставничества и измерение его результатов представляют отдельную проблему. Поскольку наставничество является динамическим и сложным процессом, его эффективность может быть трудно измерить. Классические методы оценки, такие как анкеты или тесты, могут быть недостаточными для полного понимания влияния наставничества на развитие наставляемых и качество их работы. Поэтому необходимо разрабатывать и использовать разнообразные методы оценки, включая наблюдение, самооценку, обратную связь от пациентов и коллег, чтобы получить комплексную оценку эффективности клинического наставничества.

Клиническое наставничество сталкивается с различными вызовами и проблемами, связанными с отбором и подготовкой наставников, коммуникацией, работой с разнообразными стилями, преодолением сопротивления и конфликтов, а также оценкой его эффективности. Эти проблемы требуют осознания и активного участия сторон, занимаемых в процессе наставничества, и разработки соответствующих стратегий и подходов для их преодоления [47]. В конечном итоге, победа над этими вызовами приведет к более успешному клиническому наставничеству и улучшению качества медицинской помощи.

Лучшие практики в клиническом наставничестве

Одной из ключевых лучших практик в клиническом наставничестве является установление ясных целей и ожиданий с самого начала процесса наставничества. Наставник и наставляемый должны совместно определить основные цели и ожидания, которые они хотят достичь в рамках наставнической программы. Четкое понимание целей поможет обоим сторонам быть направленными на конкретные результаты и создаст основу для эффективного взаимодействия. Установление ясных целей и ожиданий является важным шагом в клиническом наставничестве. Это помогает создать ясное понимание того, что ожидается от наставляемого и наставника, и устанавливает основу для продуктивного сотрудничества.

При определении целей следует обратить внимание на конкретные области, которые требуют развития и улучшения, такие как клинические навыки, коммуникация, руководство или исследования. Цели должны быть измеримыми, достижимыми, релевантными и ориентированными на результаты. Это позволит наставляемому и наставнику ясно оценить прогресс и успешное достижение поставленных целей.

Кроме того, определение ожиданий важно для обеих сторон. Наставляемый и наставник должны понимать, какая поддержка и ресурсы доступны, какие задачи и обязанности могут возникнуть, а также какие ожидания относятся к их взаимодействию и результатам. Ясное определение ожиданий помогает избежать недоразумений и конфликтов во время наставничества. Постоянное обсуждение и переоценка целей и ожиданий также являются важными. В процессе наставничества могут возникать изменения в обстоятельствах или

новые потребности, и важно быть гибкими и готовыми адаптировать цели и ожидания для достижения наилучших результатов.

Установление ясных целей и ожиданий в клиническом наставничестве помогает создать фокусировку на развитии и достижении конкретных результатов, что способствует более эффективному и продуктивному наставническому процессу.

Каждый наставляемый является уникальной личностью со своими потребностями и особенностями. Лучшей практикой в клиническом наставничестве является использование индивидуализированного подхода, адаптированного к потребностям и стилю обучения каждого наставляемого. Наставник должен быть гибким и уметь адаптироваться к индивидуальным особенностям наставляемого, предоставлять ему поддержку, направление и ресурсы, необходимые для его профессионального роста и развития.

Индивидуализированный подход к наставничеству играет важную роль в успешном развитии наставляемых. Каждый медицинский специалист имеет уникальные цели, интересы и образовательные потребности. Понимание и учет этих индивидуальных особенностей помогает наставнику создать наилучшие условия для развития и достижения успеха каждым наставляемым. Для применения индивидуализированного подхода наставник должен провести предварительную оценку знаний, навыков и профессиональных целей наставляемого. На основе этой информации можно разработать план обучения, который будет учитывать уровень подготовки и потребности каждого наставляемого. Это может включать определение конкретных целей, выбор оптимальных методов обучения и оценки, а также предоставление ресурсов и поддержки, необходимых для достижения успеха.

Индивидуализированный подход также предполагает гибкость и адаптацию со стороны наставника. Он должен быть готов изменять стратегии и методы обучения в соответствии с потребностями наставляемого. Это может включать различные подходы к коммуникации, использование разнообразных образовательных ресурсов и инструментов, а также учет индивидуальных предпочтений и стилей обучения наставляемого. Индивидуализированный подход в клиническом наставничестве способствует более эффективному обучению и развитию наставляемых. Он помогает максимально использовать потенциал каждого медицинского специалиста, развивать его сильные стороны и преодолевать слабости. Такой подход способствует укреплению мотивации наставляемых, повышению их удовлетворенности и достижению лучших результатов в профессиональной практике.

Регулярные встречи и обратная связь являются неотъемлемой частью успешного клинического наставничества. Регулярные встречи позволяют наставнику и наставляемому обсуждать прогресс, задавать вопросы, обмениваться идеями и устанавливать новые цели. Они создают структурированный форум для обсуждения профессиональных вопросов и развития. Обратная связь является важной составляющей этих встреч и

позволяет наставнику поделиться своими наблюдениями, оценками и рекомендациями для улучшения работы наставляемого.

Регулярные встречи между наставником и наставляемым создают систематическую платформу для обсуждения профессиональных вопросов и прогресса наставляемого. Эти встречи могут проходить по расписанию, например, еженедельно или ежемесячно, и предоставляют возможность обсудить текущие достижения, проблемы и вызовы. Регулярность встреч помогает поддерживать постоянное взаимодействие между наставником и наставляемым, что способствует непрерывному профессиональному развитию.

На этих встречах наставник может задавать вопросы, которые помогут наставляемому прояснить определенные аспекты работы или получить дополнительную поддержку. Они также предоставляют возможность наставляемому выразить свои мысли, задать вопросы и обменяться опытом с наставником. Это способствует активному участию наставляемого в процессе наставничества и создает благоприятную среду для обмена знаниями и опытом.

Важным аспектом встреч является обратная связь. Наставник предоставляет наставляемому конструктивную оценку его работы, отмечает его успехи и указывает на области для улучшения. Обратная связь должна быть ясной, объективной и поддерживающей, чтобы помочь наставляемому в его профессиональном росте. Она может быть связана с клиническими навыками, коммуникацией, профессиональной идентичностью и другими аспектами работы.

Встречи и обратная связь способствуют развитию наставляемого, помогают ему оценить свои сильные стороны и определить области для улучшения. Они также укрепляют взаимодействие и доверие между наставником и наставляемым, что важно для эффективного наставничества. Регулярные встречи и обратная связь являются инструментами активной поддержки и мотивации наставляемого на пути к достижению его профессиональных целей.

Поощрение саморефлексии и саморазвития является важным аспектом клинического наставничества. Наставник должен поддерживать наставляемого в осознании собственных сильных и слабых сторон, а также помогать ему развивать навыки саморефлексии и самокритичности. Это поможет наставляемому стать активным участником своего собственного профессионального роста и развития, а также способствует формированию навыков самообучения и самоуправления.

Саморефлексия позволяет наставляемому осознавать и анализировать свои действия, мысли и эмоции в контексте своей профессиональной практики. Она помогает выявить сильные и слабые стороны, определить цели и планы развития, а также принимать осознанные решения. Наставник может поощрять наставляемого к регулярной саморефлексии, предлагая ему вопросы для обдумывания и анализа своего профессионального опыта. Саморазвитие предполагает активное и систематическое развитие профессиональных навыков, знаний и компетенций наставляемого. Наставник может помогать наставляемому определить области, в которых ему хотелось бы развиваться, и

предложить ресурсы, курсы или другие возможности для обучения. Он также может поддерживать наставляемого в преодолении препятствий и создании плана действий для достижения его профессиональных целей.

Содействие саморефлексии и саморазвитию помогает наставляемому стать активным участником своего собственного профессионального развития. Он учится осознанно анализировать свой опыт, усваивать новые знания и применять их на практике. Это способствует не только его личному росту, но и повышению качества его работы и обслуживания пациентов.

Кроме того, наставник может быть примером саморефлексии и саморазвития, демонстрируя свое постоянное стремление к профессиональному совершенствованию. Он может поделиться своим опытом саморефлексии, рассказать о том, какие методы и подходы помогают ему развиваться, и вдохновить наставляемого на постоянное самосовершенствование. В целом, содействие саморефлексии и саморазвитию является важным элементом клинического наставничества, поскольку оно способствует профессиональному росту, удовлетворенности работой и повышению качества здравоохранения.

Лучшие практики в клиническом наставничестве подразумевают определенную продолжительность и длительность наставнической программы. Наставничество - это процесс, который требует времени для достижения конкретных результатов. Поэтому важно устанавливать реалистичные временные рамки для наставнической программы, учитывая сложность и объем знаний и навыков, которые требуется передать. Длительность программы должна быть достаточной, чтобы обеспечить полноценное обучение и развитие наставляемого.

Продолжительность наставнической программы может варьироваться в зависимости от различных факторов, включая характеристики наставляемого, уровень его опыта и потребности в развитии. Определение оптимальной продолжительности программы должно учитывать конкретные цели и ожидания, а также доступные ресурсы.

Краткосрочные наставнические программы могут быть полезными для обмена опытом, приобретения новых навыков или решения конкретных проблем. Они могут длиться от нескольких недель до нескольких месяцев. Такие программы могут быть эффективными, если они хорошо спланированы, структурированы и поддерживаются системой обратной связи и регулярными встречами.

Длительные наставнические программы, которые охватывают более продолжительный период времени, могут быть более глубокими и всесторонними в своем подходе. Они позволяют наставляемому освоить широкий спектр навыков и развить профессиональные компетенции на глубоком уровне. Такие программы могут продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет, и включать в себя регулярные встречи, обучающие модули, практические задания и систематическую обратную связь.

Важно помнить, что продолжительность наставнической программы должна быть гибкой и адаптированной к потребностям и возможностям

наставляемого. Она может быть скорректирована в процессе программы в зависимости от прогресса и достижения целей. Кроме того, наставничество - это долгосрочный процесс, и поддержка и сопровождение наставляемого могут продолжаться и после окончания формальной программы.

В итоге, оптимальная продолжительность и длительность наставнической программы зависят от конкретных обстоятельств и потребностей сторон. Важно учесть разнообразные факторы и создать программу, которая обеспечивает достижение целей и поддерживает профессиональный рост наставляемого.

Современные технологии и инструменты могут значительно облегчить и улучшить клиническое наставничество. Виртуальные платформы для обучения и общения, онлайн-ресурсы, мобильные приложения и другие инновационные технологии могут быть использованы для усиления наставнического процесса. Они позволяют наставнику и наставляемому обмениваться информацией, обучаться, задавать вопросы и получать обратную связь в удобной и эффективной форме. Эффективное использование технологий и инструментов способствует повышению доступности и качества наставничества.

Использование современных технологий и инструментов в клиническом наставничестве может принести множество преимуществ и улучшить его эффективность. Вот некоторые примеры того, как технологии могут быть применены в клиническом наставничестве:

- *Виртуальные платформы и видеосвязь.* Использование платформ для видеоконференций и виртуальных коммуникаций позволяет наставнику и наставляемому взаимодействовать и общаться без необходимости физического присутствия. Это особенно полезно в случае расстояний или ограничений времени. Виртуальные платформы также могут быть использованы для проведения онлайн-обучения, обмена материалами и заданиями.
- *Мобильные приложения и электронные платформы.* Существуют различные мобильные приложения и электронные платформы, которые предоставляют доступ к медицинской информации, протоколам, клиническим руководствам и инструментам. Они могут быть полезными для наставляемых в их повседневной практике, а также для поддержки их обучения и развития.
- *Онлайн-ресурсы и электронные библиотеки.* Существует множество онлайн-ресурсов и электронных библиотек, содержащих актуальную медицинскую литературу, научные статьи, кейсы и другие образовательные материалы. Они могут быть использованы для самообучения и расширения знаний наставляемого.
- *Электронная обратная связь и оценка.* Технологии позволяют эффективно собирать обратную связь и оценку от наставленных через онлайн-анкеты, опросники или другие электронные инструменты. Это помогает наставнику оценить прогресс наставляемого, выявить области для улучшения и предоставить конструктивную обратную связь.
- *Симуляция и виртуальное обучение.* Симуляционные технологии и виртуальное обучение могут быть использованы для тренировки клинических

навыков и сценариев без риска для пациентов. Они позволяют наставляемым практиковать и развивать свои навыки в контролируемой среде.

Важно помнить, что эффективное использование технологий требует соответствующего обучения и подготовки наставников и наставляемых. Необходимо также учитывать конфиденциальность, этические и юридические аспекты при работе с технологическими решениями в клиническом контексте. Технологии и инструменты могут значительно обогатить клиническое наставничество, сделать его более доступным и эффективным. Однако они не должны заменять важные аспекты межличностного взаимодействия, которые являются основой наставничества. Технологии следует рассматривать как дополнение к традиционным методам и подходам, чтобы создать оптимальное обучающее окружение для наставляемых [48].

Будущее клинического наставничества

Клиническое наставничество постоянно развивается и претерпевает изменения в соответствии с тенденциями в системе здравоохранения. Наблюдается ряд тенденций, которые могут оказать влияние на будущее клинического наставничества. Одной из таких тенденций является переход к коллективному наставничеству, где несколько наставников совместно работают с наставляемым, предоставляя разнообразные знания и опыт. Другая тенденция связана с использованием технологий, таких как виртуальная реальность, дистанционное обучение и мобильные приложения, для облегчения и расширения доступности клинического наставничества.

Дополнительными тенденциями в клиническом наставничестве являются:

- *Развитие менторства в области лидерства и управления.* Клинические наставники могут расширить свою роль, помогая наставляемым развивать навыки лидерства, управления и предпринимательства. Это важно для подготовки будущих руководителей в сфере здравоохранения.
- *Учет межкультурных и разнообразных аспектов.* В условиях все большей культурной разнообразности и глобализации важно учитывать межкультурные и разнообразные аспекты в клиническом наставничестве. Наставники должны быть готовы к работе с наставляемыми из разных культур и социальных групп, учитывая их особенности и потребности.
- *Большее внимание к самообучению и развитию наставников.* Развитие наставников является неотъемлемой частью клинического наставничества. Будущие тенденции включают большую поддержку и ресурсы для самообучения и развития наставников, включая программы обучения, менторские сети и обмен опытом между наставниками.
- *Учет изменений в здравоохранительной системе.* Клиническое наставничество должно адаптироваться к изменениям в здравоохранительной системе, таким как новые модели организации здравоохранения, технологические инновации и требования к качеству и безопасности пациентов. Наставники должны быть в курсе этих изменений и помогать наставляемым адаптироваться к новым условиям.

- *Акцент на этике и профессиональности.* Все большее внимание уделяется этике и профессиональности в клиническом наставничестве. Это включает развитие этических принципов, профессиональных стандартов и осознанного подхода к практике здравоохранения. Наставники должны быть образцом профессионализма и способствовать развитию этических навыков у своих наставляемых.

В целом, клиническое наставничество будет продолжать развиваться в соответствии с изменениями в системе здравоохранения и требованиями будущего. Это потребует гибкости и адаптации со стороны наставников, чтобы эффективно поддерживать и развивать новое поколение профессионалов в области здравоохранения.

Клиническое наставничество играет важную роль в развитии системы здравоохранения. Наставники являются ключевыми фигурами в формировании и развитии культуры безопасности и высокого качества практики. Они помогают передавать ценные знания и опыт новому поколению медицинских специалистов, что способствует повышению уровня здравоохранения и безопасности пациентов. Кроме того, клиническое наставничество может играть важную роль в разработке политик и программ обучения, а также в поддержке профессионального развития и повышении компетентности медицинского персонала.

Клинические наставники также могут вносить вклад в развитие системы здравоохранения следующими способами:

- *Улучшение практических навыков и компетенций.* Клиническое наставничество способствует развитию практических навыков и компетенций медицинского персонала. Наставники передают свой опыт и экспертизу, помогая наставляемым развивать навыки, необходимые для эффективной работы в клинической среде.
- *Формирование профессиональной идентичности.* Наставники помогают наставляемым развить профессиональную идентичность, осознание своей роли и ответственности в системе здравоохранения. Это способствует формированию высоких стандартов работы и профессиональной этики.
- *Поддержка и менторство.* Клинические наставники предоставляют поддержку и руководство наставляемым в их профессиональном росте и развитии. Они помогают учиться из опыта, разрешать сложности и преодолевать препятствия на пути к достижению успеха.
- *Повышение безопасности и качества здравоохранения.* Клиническое наставничество способствует повышению безопасности и качества практики здравоохранения. Наставники обучают наставляемых соблюдать стандарты безопасности, а также помогают развивать навыки клинического рассуждения и принятия решений, что снижает риски ошибок и улучшает результаты лечения.
- *Продвижение исследований и инноваций.* Клинические наставники могут стимулировать наставляемых к активному участию в исследованиях и инновационных проектах. Это способствует развитию новых методов

лечения, улучшению протоколов практики и повышению эффективности системы здравоохранения в целом.

Клиническое наставничество имеет потенциал существенно повлиять на развитие системы здравоохранения, улучшение практики и обеспечение качественной медицинской помощи пациентам.

С развитием технологий и инноваций появляются новые возможности для улучшения клинического наставничества. Внедрение виртуальной реальности, искусственного интеллекта и других инновационных подходов может значительно расширить и улучшить процессы обучения и обратной связи между наставниками и наставляемыми. Технологии также могут помочь в создании более гибких и доступных форматов наставничества, особенно в условиях удаленной работы и глобализации.

Инновационные подходы и технологии, которые могут применяться в клиническом наставничестве, включают:

- *Виртуальная реальность (VR)*. VR-технологии позволяют создавать иммерсивные симуляции и тренажеры для обучения и практики клинических навыков. Это позволяет наставляемым виртуально взаимодействовать с различными сценариями и пациентами, развивая навыки принятия решений и реагирования на различные ситуации.
- *Искусственный интеллект (ИИ)*. Использование ИИ в клиническом наставничестве может помочь анализировать большие объемы данных, предоставлять персонализированную обратную связь и рекомендации наставляемым. ИИ также может использоваться для разработки адаптивных обучающих программ, которые могут адаптироваться к индивидуальным потребностям наставляемого.
- *Мобильные приложения и платформы*. Мобильные приложения и платформы могут быть использованы для обмена информацией, обучения наставляемых, обеспечения доступа к образовательным ресурсам и обратной связи. Они предоставляют удобные инструменты для обучения наставляемых в любое время и в любом месте.
- *Виртуальные платформы для обучения и общения*. Онлайн-платформы, такие как вебинары, форумы и чаты, обеспечивают возможность удаленного обучения и общения между наставниками и наставляемыми. Они позволяют проводить обучающие мероприятия, обсуждать клинические вопросы и обмениваться опытом без необходимости физического присутствия.
- *Расширенная реальность (AR)*. AR-технологии позволяют наставляемым получать дополнительную информацию и руководство прямо во время клинической практики. Они могут включать накладываемые на реальный мир инструкции, трекеры и анимации, помогающие наставляемым совершенствовать свои навыки и процессы принятия решений.

Использование инновационных подходов и технологий в клиническом наставничестве может повысить эффективность обучения, улучшить доступность образовательных ресурсов и способствовать развитию более компетентного и уверенного медицинского персонала.

Клиническое наставничество имеет перспективы для расширения на глобальном уровне. Многие страны уже признают важность, активно разрабатывают и внедряют программы по обучению и поддержке наставников. Глобальные организации и инициативы, такие как ВОЗ и международные медицинские ассоциации, также активно поддерживают развитие клинического наставничества. Расширение клинического наставничества на глобальном уровне может способствовать повышению уровня здравоохранения, стандартам практики и безопасности пациентов в разных странах.

Действительно, клиническое наставничество имеет значительные перспективы для расширения на глобальном уровне. Некоторые из ключевых аспектов, способствующих расширению клинического наставничества в мировом масштабе, включают:

1. *Международный обмен опытом.* Обмен опытом и передача знаний между различными странами и медицинскими сообществами могут способствовать развитию клинического наставничества. Международные программы и стажировки могут предоставить возможность наставникам и наставляемым из разных стран учиться друг у друга, обмениваться лучшими практиками и совершенствовать свои навыки.

2. *Сотрудничество с международными организациями.* Глобальные организации, такие как ВОЗ, могут играть важную роль в поощрении и поддержке клинического наставничества в разных странах. Они могут разрабатывать руководства, стандарты и рекомендации, а также предоставлять финансирование и ресурсы для развития наставнических программ.

3. *Использование технологий и удаленное обучение.* Технологии позволяют преодолеть географические и временные ограничения, что способствует распространению клинического наставничества на глобальном уровне. Виртуальные платформы для обучения и общения, онлайн-ресурсы и дистанционные образовательные программы могут быть использованы для поддержки наставников и наставляемых в разных странах.

4. *Адаптация к местным потребностям и контексту.* Развитие клинического наставничества на глобальном уровне требует адаптации к местным потребностям, культурным особенностям и контексту. Учет различий в системах здравоохранения, законодательстве и медицинской практике в разных странах является важным аспектом успешной реализации наставнических программ.

5. *Расширение клинического наставничества на глобальном уровне* может способствовать повышению уровня профессионализма и компетентности медицинского персонала, обмену опытом и передаче знаний, а также улучшению качества здравоохранения во всем мире.

Клиническое наставничество в резидентуре – это система менторства, которая помогает новым резидентам освоить профессиональные навыки и выработать морально-этические принципы работы в медицинской сфере. Суть клинического наставничества заключается в том, что опытные врачи – клинические наставники, которые имеют достаточную квалификацию и опыт работы в медицине, работают с молодыми резидентами. Они оказывают помощь

в разработке профессионального плана, руководят работой и критически анализируют результаты, дают рекомендации и советы.

Основной целью клинического наставничества является повышение качества медицинской помощи, которую оказывают новые врачи, а также формирование опыта и знаний, повышение компетенций и умений. Для реализации полного потенциала клинического наставничества необходимо, чтобы резиденты были готовы и заинтересованы в обучении, а клинические наставники были заинтересованы в этом процессе. Резиденты должны обладать базовыми знаниями и техниками работы, а также уметь всему научиться и работать в команде. Кроме того, клиническое наставничество помогает резидентам и клиническим наставникам общаться на разных уровнях, что укрепляет взаимодействие между ними.

Следует отметить, что клиническое наставничество является важным элементом подготовки современных молодых врачей, и его роль будет продолжать расти в будущем в связи с изменением требований к здравоохранению и медицинской практике.

Клиническое наставничество – это процесс обучения и сопровождения медицинских работников на практических этапах их работы, включающий в себя командную работу, отзывы и обратную связь.

Клиническое наставничество в семейной медицине

Клиническое наставничество в семейной медицине имеет много успехов, в том числе:

1. *Улучшение качества медицинской помощи.* Командная работа позволяет не только оптимизировать время и общаться друг с другом, но и улучшить качество медицинских услуг. Это благодаря общей оценке ситуации и обсуждению процедур и методов лечения.
2. *Улучшение навыков медицинских работников.* Благодаря дополнительному обучению и сотрудничеству с опытными коллегами, медицинские работники могут лучше понимать методы общения с пациентами, оптимизировать свой рабочий процесс и улучшить свои навыки медицинской практики.
3. *Улучшение безопасности пациентов.* Клиническое наставничество также позволяет минимизировать риски для пациентов, обсуждая вопросы организации лечения и правила безопасности, которые должны быть соблюдены.

Клиническое наставничество в резидентуре семейной медицины представляет собой процесс обучения и поддержки резидентов с целью развития их профессиональных навыков и укрепления знаний о практике семейной медицины. Некоторые из достижений, связанных с применением клинического наставничества, включают в себя:

- *Улучшение качества образования резидентов.* Опытные наставники могут помочь резидентам не только получить необходимую теоретическую базу, но и научиться применять полученные знания на практике.

- *Повышение уровня доверия к резидентам.* Благодаря поддержке опытного наставника, резиденты могут чувствовать себя более уверенно в своих профессиональных способностях.
- *Улучшение качества практики семейной медицины.* Клиническое наставничество позволяет резидентам получить опыт и научиться применять новейшие технологии и методы в медицинской практике, что непосредственно влияет на качество предоставляемых медицинских услуг.
- *Развитие карьерных перспектив.* В результате опыта, полученного резидентами в процессе наставничества, они могут стать более конкурентоспособными на рынке труда и быстрее продвигаться в своих профессиональных карьерах.

В таблице 4 указаны проблемы, влияющие на качество внедрения клинического наставничества в семейной медицине.

Таблица 4. Проблемы, влияющие на качество внедрения клинического наставничества в семейной медицине

Проблемы	Влияние на качество внедрения клинического наставничества в семейной медицине
Недостаток образования и подготовки	Ошибки в диагностике и лечении, низкая эффективность наставничества
Недостаточное количество наставников	Ограниченное распространение наставничества в практике
Сопrotивление со стороны врачей	Отказ от принятия наставнической практики, сопротивление изменениям
Отсутствие поддержки и ресурсов	Ограниченные возможности для развития и поддержки наставников
Недостаточное включение пациентов	Ограничение взаимодействия наставников с пациентами
Отсутствие стандартизации и руководства	Разнообразие подходов и качества наставничества
Ограниченный доступ к обучению	Низкая осведомленность и знания о наставничестве
Недостаточная оценка эффективности	Отсутствие обратной связи и контроля за результатами
Отсутствие вовлечения учреждений здравоохранения и общества	Недостаточная поддержка и интерес к внедрению наставничества

Несмотря на все достижения в области клинического наставничества, все еще есть ряд проблем, которые могут повлиять на качество медицинской помощи.

- *Недостаток времени.* Медицинские работники уже нагружены большим количеством обязанностей, и очень сложно найти время на обучение и наставничество.

- *Нехватка качественных учебных материалов.* Сфера здравоохранения постоянно меняется и обновляется, и врачам и медицинскому персоналу необходимо постоянно обновлять свои знания. Но найти качественные обучающие ресурсы может быть сложно.
- *Сопротивление изменениям.* Некоторые медицинские работники могут быть не готовы к изменениям, которые могут происходить в связи с обучением и наставничеством. Это может привести к тому, что врачи будут продолжать применять устаревшие методы лечения и нарушать современные стандарты.
- *Недостаточное финансирование.* Обучение и наставничество могут быть дорогостоящими, и некоторые медицинские учреждения могут не иметь достаточных средств на это. Это может привести к ограничению доступа к качественному обучению и наставничеству для многих медицинских работников.
- *Необходимость персонализации.* Каждый медицинский работник имеет свой уникальный набор знаний, навыков и опыта. Поэтому, для эффективного обучения и наставничества необходимо индивидуальный подход к каждому работнику, что требует дополнительных усилий и ресурсов.

В медицинской литературе много описаний, как одним из критериев хорошего наставника является опыт. Однако, опыт в некоторых областях медицинской науки может оказаться ограниченным. Это может быть связано с тем, что некоторые заболевания или процедуры могут быть редкими или специфическими, и не каждый наставник имеет достаточное количество практики в этих областях. Этот фактор может создавать проблемы для обучающихся, которые хотят получить знания и навыки, но не имеют данной возможности работать с опытными наставниками. Решением этой проблемы может стать обучение на практике в более крупных медицинских учреждениях, где есть специалисты с большим опытом в этих областях, а также использование обучающих материалов и симуляционных тренажеров, которые могут помочь получить необходимые знания и навыки.

Некоторые медицинские учреждения могут столкнуться с финансовыми ограничениями, что может отразиться на качестве обучения и наставничества, что может произойти из-за нехватки финансирования, уменьшения бюджета или изменения приоритетов в распределении средств. Такие ограничения могут привести к сокращению количества квалифицированных наставников и уменьшению возможностей для обучения и развития. В результате, это может негативно сказаться на качестве медицинской помощи, что повышает риски для пациентов и ухудшает здоровье населения в целом. Поэтому важно обеспечить адекватное финансирование медицинских учреждений, чтобы они могли предоставлять высококачественную медицинскую помощь и обучение своим сотрудникам.

Перспективы клинического наставничества в семейной медицине включают в себя:

- улучшение качества медицинской практики;
- повышение навыков и компетенций врачей семейной медицины;

- обмен опытом и знаниями между опытными и молодыми врачами;
- укрепление связей между учебными заведениями и клиниками;
- развитие научно-исследовательской деятельности;
- повышение уровня удовлетворенности пациентов;
- снижение числа ошибок и неправильных диагнозов;
- улучшение доступности и эффективности медицинской помощи;
- сокращение затрат на здравоохранение;
- развитие системы качественной медицинской подготовки;
- создание благоприятного рабочего окружения для врачей.

Развитие клинического наставничества в семейной медицине будет иметь важное значение в области здравоохранения в будущем.

- *Расширение доступа к обучению.* Одной из главных задач является расширение доступа к обучению и наставничеству для всех медицинских работников, где бы они не работали. Для достижения этой цели можно проводить онлайн-обучение и вебинары, использовать технологии дистанционного обучения и создавать открытые образовательные ресурсы, которые будут бесплатно доступны всем заинтересованным. Также можно организовывать семинары и тренинги по обмену опытом между врачами разных специальностей, чтобы повысить уровень взаимодействия и сотрудничества в здравоохранении. Содействие профессиональному развитию. Важной задачей является создание условий для постоянного повышения квалификации медицинских работников. Работодатели могут оказывать содействие своим сотрудникам, предоставляя время и материальные ресурсы для участия в обучении и проведении научных исследований. Кроме того, можно создавать программы менторства и коучинга, чтобы помочь молодым врачам успешно развиваться в своей профессии.
- *Обеспечение безопасной практики.* Забота о безопасности пациентов является главной задачей для всех медицинских работников. Для этого важно обеспечивать безопасные условия работы и своевременный доступ к необходимым медицинским ресурсам. Также необходимо проводить постоянное обучение и тренинги для медицинского персонала, чтобы повышать уровень профессионализма и уменьшить количество ошибок.
- *Развитие лидерских качеств.* Врачи и другие медицинские работники обладают значительным влиянием на современное здравоохранение. Поэтому одной из главных задач является развитие лидерских качеств у медицинского персонала для достижения общих целей. Врачи должны быть лидерами в своих областях и использовать свой опыт и знания для улучшения качества здравоохранения.
- *Укрепление командной работы.* Улучшение командной работы является важным элементом успешного здравоохранения. Медицинский персонал должен уметь работать в команде, обмениваться опытом и координировать свои действия для достижения общих целей. Для укрепления командной работы можно проводить совместные семинары и тренинги, использовать

инструменты командной работы и проводить оценку эффективности работы команды.

- *Создание региональных программ наставничества.* Создание региональных программ наставничества для медицинских работников может помочь в улучшении их квалификации, а также расширить сеть опытных наставников для новых медицинских сотрудников. Эти программы могут включать в себя различные мероприятия: обучающие семинары, мастер-классы, конференции, тренинги, менторинг и другие формы работы сотрудников с опытом работы для передачи знаний и опыта новым сотрудникам. Такие программы могут быть созданы на муниципальном уровне, ведомственном или региональном уровне, а структуры, которые занимаются разработкой и внедрением программ, могут включать в себя министерства здравоохранения, образования и науки, профессиональные ассоциации, университеты и другие образовательные учреждения, а также привлечение спонсоров и частных компаний [49].

Кроме того, региональные программы наставничества должны учитывать специфику местности, в которой они будут реализовываться. Например, программы, созданные для работы в сельских районах, могут включать в себя информацию о редких заболеваниях, связанных с сельским хозяйством, а также о методах диагностики и лечения, применяемых в отдаленных местах. Наконец, такие программы наставничества могут быть эффективным инструментом для повышения доступности и качества медицинской помощи в регионах, где не хватает квалифицированных специалистов. Благодаря введению таких программ можно улучшить качество лечения, снизить заболеваемость и смертность от определенных заболеваний, а также увеличить уровень профессионализма медицинских работников.

Развитие телемедицины может помочь в улучшении доступа к обучению для медицинских работников, а также позволит удаленно проводить консультации и диагностику пациентов. Это особенно актуально для жителей удаленных и отдаленных районов, где доступ к медицинским учреждениям не всегда возможен. Телемедицина также может быть эффективным инструментом для мониторинга состояния пациентов в режиме реального времени, что позволит своевременно реагировать на возможные проблемы и уменьшить количество необходимых госпитализаций. Более того, телемедицина может повысить эффективность проведения клинических испытаний, взаимодействия между научными и медицинскими учреждениями, а также снизить затраты на здравоохранение в целом.

В таблице 5 приведен план по улучшению клинического наставничества в семейной медицине.

Таблица 5. План по улучшению клинического наставничества в семейной медицине

Шаги	Действие
1. Исследование	Провести анализ существующих методов и подходов к клиническому наставничеству в семейной медицине. Определить их преимущества и недостатки.
2. Определение целей	Поставить конкретные цели и ожидания от улучшения клинического наставничества. Например, улучшение взаимодействия между менторами и наставниками, улучшение качества обучения.
3. Разработка плана	Сформировать план действий, включающий идентификацию областей для улучшения, определение ресурсов и средств, необходимых для реализации плана.
4. Обучение наставников	Провести обучение наставников и менторов по методикам эффективного клинического наставничества. Обеспечить доступ к современным образовательным материалам.
5. Внедрение практических инструментов	Разработать и внедрить практические инструменты для оценки и совершенствования клинического наставничества, такие как оценочные листы или системы обратной связи.
6. Мониторинг и оценка	Регулярно мониторить и оценивать эффективность улучшения клинического наставничества, собирая обратную связь от наставников, менторов и обучаемых.
7. Постоянное совершенствование	Вносить корректировки в план на основе обратной связи и опыта. Обновлять методики и навыки наставников и менторов в соответствии с современными тенденциями в медицине.
8. Поддержка коммуникации	Обеспечить открытое и эффективное коммуникационное окружение для наставников, менторов и обучаемых,

	чтобы обмен опытом и знаниями был максимально продуктивным.
9. Учет успехов	Отслеживать и учитывать успехи и достижения наставников, менторов и обучаемых, чтобы создать положительную обратную связь и поддержку.
10. Распространение опыта	Поделиться успешными практиками и результатами улучшения клинического наставничества с другими медицинскими организациями и командами для их внедрения.

Клиническое наставничество продолжает эволюционировать и играть важную роль в обучении и развитии молодых медицинских специалистов. Лучшие практики, такие как установление ясных целей, индивидуализированный подход, регулярные встречи и использование инновационных технологий, способствуют эффективному наставничеству. Будущее клинического наставничества связано с тенденциями к коллективному наставничеству, развитию системы здравоохранения, использованию новых технологий и расширению на глобальном уровне. Эти направления помогут обеспечить качественное обучение, развитие и безопасность в медицинской практике. Через передачу ценных знаний и опыта, наставники помогают молодым специалистам развивать свои профессиональные навыки и компетенции, сокращая время адаптации и ускоряя профессиональный рост. Кроме того, клиническое наставничество способствует формированию позитивного профессионального образа, укреплению профессиональной идентичности и повышению удовлетворенности и мотивации молодых медицинских работников.

Однако, клиническое наставничество также сталкивается с некоторыми вызовами и проблемами. Отбор и подготовка квалифицированных наставников, коммуникационные и межличностные аспекты, работа с разнообразными личностными и профессиональными стилями, преодоление сопротивления и конфликтов, а также оценка эффективности наставничества - все эти аспекты требуют внимания и совершенствования со стороны организаций здравоохранения. Тем не менее, будущее клинического наставничества выглядит обнадеживающим. Имеются тенденции к коллективному наставничеству, использованию новых технологий и инновационных подходов.

Международные организации и инициативы поддерживают развитие клинического наставничества, а расширение его на глобальном уровне может привести к существенным улучшениям в здравоохранении разных стран. Наставничество является важным элементом профессионального развития молодых медицинских специалистов. Оно предоставляет ряд преимуществ,

включая повышение качества практики, развитие профессиональных навыков, ускорение профессионального роста и удовлетворенность наставляемых. Однако, существуют вызовы, связанные с подготовкой квалифицированных наставников, управлением коммуникацией и конфликтами, а также оценкой эффективности наставничества.

Будущее клинического наставничества обещает новые тенденции и возможности. Развитие системы здравоохранения, использование инновационных технологий и расширение на глобальном уровне являются перспективами для дальнейшего улучшения клинического наставничества и достижения лучших результатов в области здравоохранения. Организации здравоохранения должны продолжать внедрять лучшие практики и поддерживать развитие клинического наставничества, чтобы обеспечить высокое качество здравоохранения и успешное развитие молодых медицинских специалистов [50].

В современном медицинском сообществе клиническое наставничество становится все более значимым, поскольку оно способствует повышению качества и безопасности практики, а также развитию будущих лидеров здравоохранения. Поэтому, поддержка и развитие программ клинического наставничества должны быть приоритетными для медицинских организаций и образовательных учреждений. Расширение доступа к программам клинического наставничества, поддержка опытных наставников и создание структурированных методов оценки и обратной связи помогут обеспечить эффективное внедрение этого подхода в практику.

ГЛАВА 5. ЛИДЕРСТВО В СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ

Развитие лидерских навыков

Для будущего системы здравоохранения Казахстана крайне важно, чтобы семейные врачи играли ведущую роль в развитии первичной медико-санитарной помощи и во всей системе здравоохранения. Международное сообщество определило обучение этой жизненно важной роли одним из основных требований образовательной программы. Эти требования касаются необходимости для семейных врачей эффективно руководить своей практикой/мультидисциплинарными командами, смежными, в рамках межсекторального сотрудничества, и профессиональными организациями, а также местными сообществами, для укрепления здоровья населения.

По мере того, как врачи-резиденты приобретают знания и навыки в течение периода обучения, они должны обучаться руководить клинической командой. Способность эффективно руководить является одним из критериев, часто используемых за рубежом для оценки и перевода резидента на следующий год обучения. У нас, к сожалению, никакого внимания обучению врачей концепциям лидерства не уделяется. За редким исключением, подавляющее большинство врачей общей практики/семейных врачей не выходят за рамки «отстраненного согласия» с системой, даже если им не нравятся принимаемые решения «сверху». Более того, не принято критически относиться к «спускаемым» приказам, постановлениям, не принято их обсуждать. Политическая система в здравоохранении, в свою очередь, привыкла к отсутствию лидеров, хотя страдает от этого.

На следующем этапе нам необходимо работать над развитием лидерских компетенций у работающих врачей ПМСП, чтобы они могли интегрировать выпускников резидентуры по семейной медицине в практику и руководить изменениями в образовании, исследованиях, клинической помощи, а также поощряли участие сообщества, необходимое для быстрого и успешного реагирования и улучшения в быстро меняющемся мире здравоохранения.

Нынешняя модель здравоохранения экономически неустойчива, несправедлива и быстро истощает медицинские кадры. Профессиональная жизнь выпускников резидентуры по семейной медицине может быть долгой, до сорока лет. Поскольку в предстоящие десятилетия будет много неизвестного, семейной медицине нужны врачи-лидеры, обладающие видением, знаниями, лидерскими качествами и навыками, чтобы предвидеть и решать эти неизвестные проблемы. Будущим лидерам потребуется лучшая подготовка, чем когда-либо прежде. Развитие лидерства должно начинаться на начальных курсах бакалавриата с формального обучения лидерству, продолжиться в резидентуре и совершенствоваться на протяжении всей профессиональной жизни.

Как практическая, так и академическая семейная медицина претерпевает смену поколений в административном управлении, что увеличивает спрос на врачей-лидеров. Ориентируясь на международные рекомендации, мы должны принять на себя роль и ответственность обучения в резидентуре в подготовке

лидеров семейной медицины для современного здравоохранения, характеризующегося постоянными реформами, слияниями и поглощениями, изменением моделей оплаты, технологическими инновациями в оказании помощи, изменением потребностей и предпочтений пациентов, усилением внимания к управлению здоровьем населения и оказанию помощи на уровне сообществ. Нам также нужны семейные врачи, которые были бы способны формировать запросы организациям образования на изменения в отрасли здравоохранения.

Руководители организаций ПМСП хотят, чтобы инновации снижали стоимость медицинской помощи и улучшали результаты лечения, но часто плохо представляют себе то, как семейные врачи могут способствовать достижению этих целей. Более того, поскольку системы здравоохранения уделяют больше внимания социальным детерминантам здоровья, семейные врачи играют важную роль в налаживании партнерских отношений между сообществами и системами здравоохранения.

Обучение в резидентуре по семейной медицине с его отличительной биопсихосоциальной точки зрения на уход за пациентами в контексте семьи и сообщества и опытом по всему спектру помощи должно найти способы готовить семейных врачей к многопрофильным и системным лидерским ролям, выходить за пределы привычных тем, открываться для комплексного системного мышления, понимания социальных детерминант здоровья, и искать эффективные подходы к здравоохранению на уровне сообществ. Будущим лидерам семейной медицины также потребуются знания в области информатики и использования новых цифровых вспомогательных технологий, чтобы лучше адаптироваться к потребностям населения и повысить свою эффективность.

Развитие лидерских навыков в медицинском вузе и резидентуре признано WONCA и ACGME необходимым для оказания междисциплинарной помощи. Учебные программы по лидерству должны включать навыки совместной работы, жизненно важные для ухода за пациентами в команде, а также междисциплинарные исследования и обучение в команде, но пока нет четкой модели подготовки резидентов к лидерству. Обучение лидерству в резидентуре должно быть пересмотрено с целью выпуска семейных врачей, которые также являются полипотентными врачами-лидерами, знающими и готовыми выполнять весь спектр руководящих ролей в отрасли здравоохранения в начале своей карьеры.

Обучение лидерству не требует особенного и длительного дидактического обучения, но требуют организации проектов для экспериментального обучения резидентов навыкам лидерства, в том числе исследовательских. Сотрудничество с организациями медицинского страхования, электронного здравоохранения, контроля качества и оплаты услуг, ПМСП, управления здравоохранения и многими другими, может помочь познакомить резидентов с лидерами.

Индустрия здравоохранения, включая академическую медицину, признала, что социальные детерминанты здоровья (условия труда, жилье и т.п.) значительно влияют на результаты лечения и общую стоимость лечения. Растет

осознание того, что взаимодействие врачей и сотрудничество с сообществами необходимы для поиска решений на уровне сообществ для решения социальных проблем. Интеграция обучения лидерству с общественными проектами, с другими мероприятиями по защите интересов, законодательством и управлением, такими как участие в организованной медицине на государственном или национальном уровне, может оживить программу обучения и практические занятия. Привлечение резидентов к помощи в совершенствовании клинических процессов и преобразовании практики ПМСП может обеспечить практическое применение этих лидерских навыков ощутимыми способами, применимыми в их собственной практике резидентуры.

Будущее потребует лонгитюдного и перспективного подхода к обучению лидерству в резидентуре, который устанавливает основную учебную программу основных навыков лидерства, наиболее применимую к этапам развития и обучения резидентов. Обучающиеся должны быть членами междисциплинарных команд с возможностью учиться и практиковать организацию и управление временем, навыки общения, межличностного общения и сотрудничества. Старшие резиденты должны руководить клиническими командами и развивать навыки проведения совещаний, управления другими, обеспечения обратной связи, повышения устойчивости команды, работы с другими линиями клинической службы, а также ведения переговоров и разрешения конфликтов. Сильные резиденты обычно имеют административные роли, требующие дополнительных навыков лидерства, таких как составление бюджета, принятие организационных решений, подготовка и представление «заявок», а также представлять интересы перед институциональным руководством.

Опираясь на основную учебную программу по лидерству, отдельные дисциплины должны поддерживать развитие лидерских навыков. Программа обучения лидерству может охватывать такие области, как политика здравоохранения, участие сообщества, исследования в области первичной медико-санитарной помощи, разнообразие и справедливость в отношении здоровья, образование, клиническая информатика, наука о данных или управление здравоохранением. Учебные программы или стажировки также могут сочетаться с формальным образованием, ведущим к получению дополнительных документов признания навыков после завершения резидентуры. Такие полномочия могут помочь подготовиться к разным карьерным возможностям.

Потребуется развитие профессорско-преподавательского состава кафедры, факультета, чтобы интегрировать такое обучение лидерству в резидентуре. Для разработки инновационных форм обучения преподавателям потребуется развитие собственных навыков для взаимодействия и ведения переговоров с руководителями системы здравоохранения, общественными организациями и другими внешними организациями для создания возможностей для обучения на местах. Навыки управления заинтересованными сторонами и конфликтами

также потребуются для развития и управления организационными отношениями, связанными с деятельностью резидентов.

Поскольку мы переосмысливаем обучение в резидентуре, сейчас самое время мыслить широко, творчески и смело действовать, чтобы подготовить врачей-лидеров для будущего семейной медицины и всего здравоохранения. В сфере образования преподаватели семейной медицины в медицинских школах и резидентурах могут внедрять инновации в учебные программы, чтобы лучше удовлетворять потребности пациентов, сообществ и общества, а не только поликлиник, больниц и систем здравоохранения. Исследователи семейной медицины могут преодолеть разрыв между медицинскими инновациями и их внедрением в реальный мир первичной медико-санитарной помощи. В сфере клинического ухода и управления семейные врачи могут способствовать инновациям и политике системы здравоохранения, применяя более целостный подход к удовлетворению потребностей пациентов, семей и сообществ.

Таким образом, можно сказать, что семейные врачи, обладая особым образованием и видением, обладают уникальной лидерской ценностью во всех областях, важных для будущего их специальности: клиническая помощь, образование, исследования и участие в жизни общества, для того, чтобы быть в центре изменений в системе здравоохранения — как в качестве лидеров, так и в качестве реформаторов.

Концепция лидерства

Существуют разные определения лидерства. Вот, к примеру, некоторые из них:

- *«В области общественного здравоохранения лидерство относится к способности человека влиять, мотивировать и давать возможность другим вносить свой вклад в эффективность и успех своего сообщества и/или организации, в которой они работают. Это включает в себя вдохновение людей для создания и достижения видения и целей. Лидеры обеспечивают наставничество, коучинг и признание. Они поощряют расширение прав и возможностей, позволяя появляться другим лидерам»* (The Public Health Agency of Canada, 2007)
- *«Лидерство – это способность превращать мечту в реальность»* (Уоррен Беннис)
- *«Роль лидера заключается в том, чтобы подпитывать стремления людей добиваться в жизни большего, и направлять их энергию на то, чтобы они пытались этого достичь»* (Дэвид Герген)
- *«Лидерство – это искусство заставить другого делать то, что нужно вам, потому что ему самому хочется это делать»* (Дуайт Эйзенхауэр)

Понятие лидерства следует отличать от понятия управления. Хотя в некоторых отношениях эти два понятия довольно близки по смыслу, основу их могут составлять различные типы мировоззрения, навыков и моделей поведения. Управление – это ряд процессов, обеспечивающих функционирование организации. Лидерство же связано с формулированием перспективного

видения, объединением людей вокруг этого видения посредством повышения их заинтересованности и предоставления им необходимой информации, а также с умением мотивировать и вдохновлять их. Хорошие управленцы и руководители должны стремиться к тому, чтобы быть хорошими лидерами, а хорошие лидеры нуждаются в управленческих навыках, чтобы эффективно выполнять свои обязанности [51].

Лидерство – это в первую очередь умение оказывать влияние. Лидеры вдохновляют других и стремятся формировать и воплощать в жизнь общее видение. Они ориентированы на будущее, на то, что возможно и что необходимо сделать. Лидеры создают последователей. Это происходит естественным образом, поскольку эффективные лидеры демонстрируют, что нужно делать, и мотивируют к действиям других, наполняя их вполне осязаемым ощущением ясности, направленности действий и целостности сформулированного перспективного видения.

В секторе здравоохранения термин «лидерство» тесно связан с термином «управление» и часто используется как взаимозаменяемый. Управление включает в себя планирование, организацию, контроль, составление бюджета, реализацию и оценку; он обеспечивает эффективное использование ресурсов для достижения организационных целей. Лидерство обеспечивается видением, идеями, способностью направлять и вдохновлять для достижения целей (Hintea C, 2009). Согласно Bennis W, Nanus B, 1985, «менеджеры — это люди, которые делают вещи правильно, а лидеры — это люди, которые делают правильные вещи. Независимо от различий между менеджментом и лидерством с точки зрения ролей и функций, оба признаны важными для достижения организационных целей и задач. Ниже в таблице 6 представлены отличия менеджера (управленца) от лидера [52].

Таблица 6. Отличия менеджера-администратора от лидера

Менеджер как администратор	Менеджер как лидер
Администратор	Инноватор
Поручает	Вдохновляет
Работает по целям других	Работает по своим целям
План-основа действия	Видение – основа действия
Полагается на систему	Полагается на людей
Использует доводы	Использует эмоции
Контролирует	Доверяет
Поддерживает движение	Дает импульс движению
Профессионален	Энтузиаст
Делает дело правильно	Делает правильное дело
Уважаем	Обожаем

Примеры лидерских позиций в здравоохранении

Лидерство медицинских работников необходимо для развития и эффективности всей системы здравоохранения. Обучение и стимулирование творчества инноваций также являются важными аспектами лидерства в медицинских организациях. Программы повышения квалификации и карьерного роста могут помочь медицинским организациям развить ряд лидерских навыков у своих сотрудников. Лидерство в здравоохранении относится к множеству ролей и обязанностей в отрасли. Ниже приведены некоторые примеры ролей в области лидерства:

- Менеджер по персоналу: набор и оценка новых врачей, медицинских сестер, других специалистов, обучение, обеспечение квалификации нанятого персонала, поддержка для работы в условиях высокого стресса. Часто эти обязанности возложены на заместителей главных врачей, заведующих отделениями, главных сестер, и других медицинских работников. Иногда эти функции передаются сотрудникам отдела кадров, департаментам по человеческим ресурсам. Насколько эффективно проводится работа по персоналу, мы можем предполагать, но проблема существует.
- Заведующий отделением: организация работы, доступ пациентов к качественной помощи, обеспечение и повышение качества, ведение учета и делегирование полномочий, анализ и решение проблем.
- Заместитель главного врача, главный врач, исполнительный директор: обеспечение безопасной, надежной и своевременной доставкой ресурсов, содействие предоставлению услуг, обеспечение всех подразделений необходимым для выполнения своих обязанностей.
- Финансовый менеджер: обеспечение эффективного распределения средств и надлежащее управление счетами доходов и расходов, предоставление финансовых прогнозов для обеспечения устойчивости медицинской организации.
- Менеджер по исследованиям: развитие и совершенствование методов лечения и диагностики, поддержка и управление исследовательскими проектами, установление международного сотрудничества.
- Медицинский директор: надзор за деятельностью медицинских организаций, поддержка и обеспечение соблюдения политики и этики в области здравоохранения в сотрудничестве с другими органами управления.
- Менеджер проекта: куриация проектов в области здравоохранения для врачей и медицинских организаций, составление бюджета, распределение и размещение ресурсов.
- Консультант по здравоохранению (медицинский советник): консультации по оценке эффективности и прибыльности медицинских технологий, медицинских организаций, выработка рекомендаций по снижению затрат, увеличению прибыли и минимизации рисков

Распространенные стили лидерства в здравоохранении

Транзакционное лидерство - структурированный подход к управлению, основанный на строгих проверках и противовесах на протяжении всего жизненного цикла организации. Как правило, сотрудникам ставятся краткосрочные и долгосрочные цели, и ожидается, что они будут работать над их достижением под наблюдением, и ожидается, что каждый будет придерживаться установленных строгих правил. Сотрудники, которые достигают своих целей, поощряются, а те, кто не укладывается в сроки, получают взыскания.

Некоторые из преимуществ транзакционного лидерства включают в себя:

- Оперативный способ эффективного поддержания стабильности, особенно в условиях высокого давления или неопределенности. Помогает поддерживать правила и положения компании, а также вносить в них поправки в случае возникновения проблем.
- Поддерживает рабочую среду, где предполагаются повторяющиеся действия и результаты. Чем больше вещей оптимизировано и автоматизировано, тем лучше работает производство.
- Надежный подход к управлению кризисными ситуациями. Жесткость и структура транзакционного лидерства позволяют быстро решать проблемы.
- Вознаграждает самомотивацию: сотрудники, которые могут следовать инструкциям и достигать своих целей, отмечаются соответствующим образом, что может улучшить производительность и моральный дух. Точно так же можно сделать выговор тем, кто отстает или не соблюдает правила. Этот черно-белый подход может помочь сотрудникам распределить свои роли и работать более эффективно.
- Более высокая рентабельность: обычно не требуется больше посредников, чтобы помогать сотрудникам и управлять производительностью компании.
- Эффективный способ достижения краткосрочных целей.

К недостаткам транзакционного лидерства относятся:

- Это не обязательно лучший подход для достижения долгосрочных целей: поскольку транзакционное лидерство настолько сосредоточено на соблюдении правил и норм, оно не оставляет много места для планов на будущее и способности адаптироваться к развивающемуся рынку.
- Он не допускает инноваций: один из основных принципов транзакционного лидерства — никогда не меняться. Приверженность такому строгому подходу может удержать компанию от изучения другого подхода, который мог бы привести к большему успеху.
- На лидеров может оказываться сильное давление: транзакционные лидеры могут нести большое бремя ответственности на всех уровнях из-за вертикальности управления.
- Сотрудники недостаточно мотивированы, или методы мотивации не устраивают их, не обязательно побуждают сотрудников выходить за рамки служебного долга

- Личная инициатива не поощряется, особенно если она меняет правила или отклоняется от утвержденного плана.
- Упрощенный подход к управлению производством может привести к тому, что проблемы не будут обнаружены, пока не станет слишком поздно.

Трансформационное лидерство направлено на мотивацию сотрудников к изменениям, инновациям и формированию будущего организационной структуры. Трансформационные лидеры не занимаются микроуправлением: вместо этого они воспитывают в сотрудниках культуру независимости и сопричастности. Эта трансформационная организационная среда позволяет сотрудникам помочь преобразовать культуру и организацию в нечто инновационное и постоянно растущее. Трансформационных лидеров поощряют демонстрировать собственное творчество и инновации, становясь образцом для подражания для сотрудников, а затем вдохновляя сотрудников следовать их примеру.

В отличие от транзакционного лидерства при трансформационном лидерстве сотрудникам предоставляется автономия и способность быть инновационными и творческими. Творческие люди могут не процветать под руководством транзакционных лидеров, системы трансформационного лидерства могут стать отличным местом для творческих умов и добиваться успеха. Теория трансформационного лидерства заключается в изменении рутины и шаблонов, чтобы найти что-то новое и лучшее, что прямо противоположно транзакционному лидерству.

Некоторые плюсы трансформационного лидерства включают в себя:

- возможность создавать и сообщать о новых идеях;
- хороший баланс долгосрочных целей с краткосрочным видением;
- сотрудничество и доверие;
- рост инноваций и творчества;
- удовлетворенность сотрудников, которые чувствуют, что их видят и ценят.

Некоторые недостатки трансформационного лидерства включают в себя:

- плохо подходит для бюрократических структур;
- потенциальная вероятность того, что сотрудники не выполняют задачи;
- потеря концентрации на неотложных потребностях;
- не подходит для сотрудников, которые нуждаются в руководстве и надзоре.

Инновационное лидерство – стиль руководства включает в себя эффективное управление непредсказуемыми обстоятельствами и развитие культуры инноваций в медицинской организации. Инновационный лидер мыслит творчески. Успешные лидеры в этой области способны по-новому мыслить о непредсказуемых и неизвестных аспектах здравоохранения. Они используют свои навыки творческого мышления, чтобы ставить перед собой амбициозные цели и разрабатывать стратегии для их достижения с помощью комбинации подходов.

Харизматическое лидерство – для влияния на других используются коммуникативные навыки, убедительность и обаяние лидеров. Способность выражать свои идеи и внушать доверие позволяет лидерам здравоохранения

влиять на других и убеждать их действовать. Лидеры с харизматичными качествами могут создавать рабочую среду, в которой сотрудники чувствуют, что их ценят. Вовлечение сотрудников может снизить текучесть кадров и повысить общую удовлетворённость работой.

Ситуационное лидерство используется, когда в разных ситуациях требуются разные стили лидерства. В зависимости от факторов в выборе стиля, например, тип и/или продолжительность задачи, лиц, ответственных за задачу. Разные стили руководства могут меняться в зависимости от этапа развития организации/коллектива. Например, подход может меняться, когда медицинские работники приобретают необходимый опыт и навыки для выполнения медицинских процедур с минимальным контролем или без него.

Важность лидерства в здравоохранении

Ниже перечислены наиболее значимые причины, по которым необходимо развивать лидерство в здравоохранении

1. Лидерство улучшает качество ухода

Если медицинская бригада не скоординирована или не сфокусирована, пациенты часто расплачиваются за это. Великие лидеры облегчают общение, повышают производительность и ставят других на первое место. Эта способность имеет решающее значение для качественного ухода за пациентами, поскольку здравоохранение часто требует быстрого реагирования на возникающие проблемы. В таких ситуациях общение и оперативность жизненно важны.

2. Улучшает способность:

- Эффективно управлять стрессом
- Быть эмпатичными и оптимистичными при обмене информацией
- Вызывать доверие с помощью опыта и надежности
- Быть честными и прозрачными
- Постоянно коммуницировать
- Быть открытыми для обратной связи
- Быть образцами для подражания

Когда процветают непредсказуемость и неопределенность, решающее значение имеет эффективное руководство. Отличный лидер сможет не только справиться со стрессовой ситуацией, но и провести через нее других и найти решения на будущее.

3. Поощряет дальновидность

Лидерство и управление часто используются как синонимы, но реальность такова, что лидерство включает в себя гораздо больше, чем повседневные операции в бизнесе. Здравоохранение, в частности, нуждается в лидерах, которые смотрят в будущее здравоохранения и на то, как его улучшить.

4. Способствует инновациям

Одной из наиболее распространенных проблем, стоящих сегодня перед отраслью здравоохранения, является хроническая нехватка медицинских работников. Все больше медицинских работников переживают эмоциональное

выгорание, и уходят из профессии. Отрасли здравоохранения нужны лидеры, способные выявить проблемы, ведущие к выгоранию, и решить их.

Хорошие лидеры:

- Распознают проблемы по мере их возникновения и активно рассматривают потенциальные проблемы (Идентификация).
- Находят решения этих проблем и вносят вклад в будущее здравоохранения (Инновации). Многие медицинские работники надеются, что для решения повторяющихся задач в здравоохранении технологии и автоматизация улучшат их общий опыт и позволят им больше сосредоточиться на уходе за пациентами.

Пять основных навыков лидерства в здравоохранении:

- Наставничество. Эффективный лидер не стоит выше других, а стремится развивать в них лидерские качества.
- Постоянный поиск возможностей для инноваций и улучшений.
- Обучение других: в дополнение к наставничеству других на индивидуальном уровне, эффективные лидеры стремятся обучать других за пределами своего прямого влияния.
- Признание, принятие, смирение. Эффективный лидер не боится принимать отзывы или критику. Поскольку многое неизвестно о здравоохранении, ошибки часто неизбежны. Хороший лидер признает свои ошибки или пробелы в навыках и знаниях.
- Создание возможностей для других: лидеры всегда смотрят в будущее. Вместо того, чтобы совершенствоваться только лично, эффективный лидер будет уделять первостепенное внимание помощи следующему поколению медицинских работников в приобретении лидерских качеств.

12 характеристик эффективного лидерства в здравоохранении:

1. *Наставник.* Лидеры часто заинтересованы в том, чтобы направлять и поддерживать других, особенно новичков в отрасли или на своем рабочем месте. В качестве наставников лидеры работают непосредственно с младшими членами своей команды, помогая им приобретать навыки, необходимые для достижения успеха в своих ролях. Будучи наставником, вы можете работать с людьми, моделируя ожидаемое поведение, отвечая на вопросы и поддерживая их, когда они переходят к своей работе. Хорошее наставничество требует, чтобы вы работали с вашим подопечным, чтобы понять его потребности, оценить его сильные и слабые стороны и отработать эффективные навыки общения, чтобы вы могли помочь в его развитии.

2. *Ищите возможности для профессионального развития.* Одной из важных привычек лидеров в сфере здравоохранения является их стремление находить возможности для роста. Лидеры, которые ищут возможности для профессионального развития, демонстрируют свою инициативу и преданность своей карьере. Возможности профессионального развития могут включать учебные мероприятия, конференции или непрерывное образование. Другие эксперты в области здравоохранения могут присоединиться к

профессиональным организациям, чтобы получить доступ к большому количеству возможностей для развития. Посвятив себя своему развитию, вы демонстрируете свою приверженность профессиональному совершенству и можете приобрести новые навыки, которые принесут пользу вашей команде.

3. *Предлагайте возможности другим.* Помимо поиска возможностей для собственного развития, также старайтесь создавать возможности для обучения других. Если вы официально занимаете руководящую должность, вы можете проводить регулярные тренинги или внедрять другие варианты развития для тех, кого вы курируете. Например, ежемесячные учебные занятия способствуют росту команды и обеспечивают участие каждого в профессиональном развитии. Приглашение приглашенных докладчиков или разработка системы возмещения расходов на обучение сотрудников, продолжающих свое образование, также может способствовать развитию. Создание возможностей для других показывает вашу заинтересованность в том, чтобы члены вашей команды росли, приобретали навыки и применяли свои способности на рабочем месте.

4. *Расставьте приоритеты в общении.* Хорошие лидеры знают, как эффективно общаться с членами своей команды. Общение предполагает вашу способность ясно выражать свои идеи и чувства, чтобы окружающие могли понять ваши цели и точку зрения. Это также включает в себя вашу способность понимать потребности, цели и отношение окружающих вас людей. Лидеры используют свои коммуникативные навыки для эффективной работы с членами своей команды, пациентами и другими специалистами в своих организациях. Например, если вы старший врач, ваша роль может включать координацию с административной группой вашего учреждения. Налаженное взаимодействие между отделами гарантирует, что все сотрудники работают над достижением целей учреждения.

5. *Показывайте пример.* Подавать пример означает воплощать в себе качества, которым должны подражать члены вашей команды. Это включает в себя демонстрацию хороших ценностей и привычек, таких как эффективное управление временем, этическая практика, честность и общение. Демонстрируя членам вашей команды свои ожидания, активно применяя их в течение рабочего дня, вы можете побудить их применять передовые методы работы. Члены команды также могут оценить вашу способность соответствовать тем же ожиданиям, которые вы предъявляете к ним. Когда вы ведете своим примером, это создает прецедент положительного участия на рабочем месте. Это также может помочь вам установить прочные рабочие отношения с членами вашей команды.

6. *Поддерживайте высокие стандарты этики.* Этическая практика имеет важное значение в отрасли здравоохранения. Соблюдение высоких этических стандартов гарантирует, что вы удовлетворяете медицинские потребности своих пациентов, защищая их здоровье, репутацию вашего учреждения и ваши профессиональные способности. В роли администратора соблюдение этических норм может включать эффективное управление бюджетом и обеспечение того, чтобы в вашем учреждении был персонал, необходимый для поддержки

пациентов. Администраторы всегда в курсе самых последних отраслевых законов и нормативных актов, чтобы убедиться, что их объект соответствует всем требованиям законодательства. Лидеры могут заслужить уважение и доверие своей команды, следуя этическим принципам.

7. *Используйте активное слушание.* Активное слушание означает полное сосредоточение внимания на говорящем. Использование активного слушания — важный коммуникативный навык, потому что он помогает вам сосредоточиться на том, что говорит другой человек, показывая при этом, что вы вовлечены в разговор. Некоторые навыки активного слушания включают ограничение отвлекающих факторов, использование вербальных и невербальных утверждений и обобщение слов говорящего, чтобы продемонстрировать понимание. Вы можете ограничить отвлекающие факторы, встретившись наедине с говорящим, отключив звук телефона или закрыв дверь своего офиса. Использование сигналов, таких как кивание, улыбка и зрительный контакт, может показать говорящему, что вы полностью вовлечены в его разговор.

8. *Демонстрируйте уверенность в себе.* Руководителям важно проявлять уверенность в своих силах. Лидеры, которые понимают свои сильные стороны и знают, как их применять, могут чувствовать себя более уверенно при принятии решений. Когда лидеры верят в свои способности и обязуются использовать свои навыки для достижения целей на рабочем месте, это может вдохновить членов их команд последовать их примеру. Уверенность на рабочем месте означает понимание своих компетенций и своих ограничений. Это позволяет вам принимать решения, например, при разработке эффективных планов или делегировании задач нужным членам вашей команды.

9. *Знайте, когда делегировать.* Эффективные лидеры понимают сильные и слабые стороны членов своей команды и могут делегировать задачи тем, кто лучше всего подходит для этой работы. Когда лидеры эффективно назначают задачи, это позволяет их команде работать в меру своих возможностей. Хорошее делегирование означает, что каждый член команды сотрудничает для достижения общей цели. Каждый человек в команде имеет возможность использовать свои лучшие навыки, чтобы внести свой вклад в работу. Делегирование не только позволяет лидерам сосредоточиться на других задачах, но также демонстрирует уверенность и доверие к возможностям вашей команды, что может заставить их чувствовать себя ценными.

10. *Практикуйте эффективное решение проблем.* Лидеры используют свои навыки и способности для решения проблем на рабочем месте. В здравоохранении руководители принимают решения, определяющие виды услуг, предлагаемых их учреждением, и применяют свои аналитические способности для решения проблем со здоровьем своих клиентов. Лидеры используют свои навыки решения проблем для оценки проблем, анализа данных, разработки стратегий и реализации решений. Администраторы здравоохранения решают такие проблемы, как эффективное управление бюджетом, а практикующие врачи решают проблемы, связанные с оказанием помощи своим пациентам.

11. *Проявите сострадание к другим.* Способность демонстрировать сочувствие и сострадание важна для лидера в здравоохранении. Медицинские работники часто работают с пациентами, у которых есть проблемы со здоровьем. Эти пациенты могут испытывать тревогу, неуверенность и разочарование по поводу своего здоровья, поэтому квалифицированные врачи могут поддерживать их эмоциональные потребности, проявляя сострадание. Лидерство с эмпатией помогает медицинским работникам удовлетворять потребности своих пациентов и членов команды. Благодаря своему состраданию руководители здравоохранения развивают содержательные отношения с окружающими, что помогает им в достижении своих целей.

12. *Демонстрируйте самодисциплину.* Самодисциплина — это способность оставаться мотивированным и сосредоточенным на задаче или цели, несмотря на трудности. В здравоохранении самодисциплина может означать выполнение задачи, даже если вас отвлекают, поиск возможностей для развития и обучения в свободное время и поиск стратегий, позволяющих свести к минимуму последствия эмоционального выгорания. Врачи используют свою самодисциплину, чтобы преодолевать трудности, чтобы они могли продолжать обслуживать своих пациентов максимально эффективно. Администраторам нужна самодисциплина, чтобы управлять целями учреждения и планировать стратегии их достижения.

Портрет академического лидера семейной медицины

Эффективное лидерство в академической семейной медицине имеет важное значение для направления и формирования эволюции ПМСП, обеспечения основы для исследований, обучения будущих практикующих врачей и внедрения улучшений в клиническую практику. Кафедры семейной медицины признают эту важную социальную ответственность.

Изучая, что семейные врачи думают о лидерстве, могут быть выявлены способы выявления, воспитания и поддержания академического лидерства в семейной медицине. Литература показывает, что коммуникация, видение, стратегическое планирование, управление изменениями, построение команды, управление персоналом, деловые навыки и системное мышление имеют решающее значение для руководителей врачей в целом. Эффективные лидеры-врачи известны своей способностью устанавливать позитивные и доверительные отношения, а также своим пониманием и признанием своих сильных и слабых сторон.

Наиболее доминирующие качества лидера: видение, позволяющее другим добиться успеха, и превосходство в какой-либо области:

- *Ясное видение «идеального будущего».* Лидеры вдохновляют своим видением. Люди хотят работать с ними или делать что-то, потому что им нравится обозначенный лидером ориентир. Лидеры семейной медицины обычно бросают вызов текущему положению дел. Их способность «донести идею», «раздвигая границы или нестандартно думая», является важной.

- *Давать другим возможность добиться успеха.* Академические лидеры создают и поддерживают благоприятную для развития среду. Используя мотивацию, поощрение и руководство, эффективные лидеры вызывают восхищение за поддержку потребностей и интересов других людей. Лидеры помогают развивать навыки членов своей команды, повышают их способности и производительность. Они не столько заняты собственным успехом или карьерой, сколько продвижением организации и их сотрудников.
- *Превосходство в области.* Академические лидеры семейной медицины часто имеют по крайней мере одну конкретную нишу, в которой они являются экспертами и мастерами. Определяющей чертой является стремление к конкретной области интересов и способность широко применять свои знания через лидерство в области семейной медицины. Академические лидеры обычно не просто руководители отделов или чего-то еще. Люди находят область, которую они хотят исследовать, и исследуют ее, затем они могут развиваться или обобщать, потому что у них есть развитые навыки для этого. Превосходный академический лидер способен руководить тремя портфелями «администрация, образование и исследования».

К другим качествам относят: ролевое моделирование, коммуникативные навыки, умение выстраивать связи, строить команды, организатор, уважение к людям, мотиватор, честность, умение решать проблемы, помогает продвигаться команде вперед, доступный для общения.

Наставничество - ключевой элемент, формирующий лидерский опыт. Способность наставников вести и учить считается критической. Рекомендуется активно выявлять, поощрять и воспитывать людей, имеющих явные задатки лидеров, и начать работать с ними, независимо от того, сколько им лет или насколько они неопытны, чтобы вывести их в наставники, а затем и в лидеры.

Часто в условиях обесценивания административных обязанностей в академической среде возникают случаи так называемого лидерства по умолчанию.

Существует модель Бойера, которая признает 4 типа получения знаний: открытие знаний, интеграция знаний, применение знаний и обучение обучению. Они используются в некоторых университетах западных стран для карьерных целей. Бойер считает применение знаний и лидерство научной работой. Кафедры семейной медицины университетов поощряются к тому, чтобы приобретали академическое лидерство таким инклюзивным образом, который включает все 4 типа. Интеграция и применение знаний занимает центральное место в эффективном клиническом руководстве.

Многими признано, что наставничество является важным инструментом для укрепления уверенности и компетентности на ранних этапах карьеры, а также как возможность «отдавать взамен» в конце карьеры. Также лидеры отмечают, что часто «по умолчанию» попадали в ситуации лидерства, когда они инициативно принимали на себя ответственность и задачи. Этот опыт повлиял

на многие из их взглядов, связанных с лидерством. Культура «лидерства по умолчанию» актуальна для любой организации.

Воспитание поддерживающей культуры лидерства

Культура лидерства определяется как коллективный феномен, разделяемый людьми, которые живут или жили в сходной «социальной среде» [53]. Эта социальная среда формирует убеждения и ценности людей, а также способов речи и язык, с помощью которого люди передают друг другу свое понимание, создают понятия. Для семейной медицины в Казахстане пока отсутствует определение академического лидерства. Преподавателям семейной медицины предстоит работа по четкому описанию того, что представляет собой академическое лидерство, и его понятной оценки.

Культура лидерства должна начинать формироваться рано, с первых курсов, продолжаться в резидентуре и далее в практической работе. Многогранное развитие лидерских качеств с помощью формальных программ, наставничества всех типов, практического обучения на все более сложных ролях и использование ряда ресурсов не только создаст лидерские качества, но и повысит культуру поддержки [54, 55].

Большинство врачей общей практики/семейных врачей (ВОП/СВ) в Казахстане работают на участках, редко кто принимает на себя административные, академические и преподавательские обязанности, в отличие от европейских коллег. Единицы участвуют в командах на местном, региональном, национальном, глобальном уровне. Хотя не только в этом есть проявление лидерства. Существует и неявные его проявления.

Вот, что пишут известные в мире лидеры семейной медицины Heath I, Stavdal A и Sigurdsson JA [56] в своей статье о необычном проявлении лидерства и как это можно использовать ради интересов пациентов и семейных врачей: «Как врачи, мы часто сталкиваемся с фактами различных форм насилия, несправедливости и дискриминации, которые приводят к бессилию, страху и гневу пациентов, коллег. Гнев направлен не только на отдельных людей, но и на системы, институты, правительство. Часто это протест против существующего положения дел в отрасли и политике. Гнев, который возникает в нас, можно использовать, чтобы говорить правду, требовать изменений: это будет проявлением лидерства». Авторы статьи «Роль гнева в мотивации лидерства» призывают нас «использовать страх и гнев, чтобы изменить мир, и окутать лидерство надеждой и стремлением к справедливости...Мы должны помочь добиться справедливости для тех, чьему здоровью и жизни активно вредят, всегда полных надежды и убежденности в том, что нынешнее положение дел не является фиксированным и что изменение возможно...То, что мы делаем, имеет значение, и поскольку мы врачи и не можем не понимать, до какой степени несправедливость укорачивает жизнь, мы несем ответственность за обнадеживающий гнев от имени тех, о ком мы стремимся заботиться. Эта ответственность сопряжена со страхом, и опять же, как врачи, мы знаем, насколько тесно связаны между собой страх и гнев. Мы знаем, что, когда

пациент кажется неуместно злым, мы должны искать скрытый страх, который движет этим гневом. И мы тоже можем использовать гнев, чтобы направить свой страх высказаться и взять на себя такую руководящую роль, то есть «гнев также может быть источником необходимого мужества». «Итак, послание состоит в том, чтобы почувствовать страх и гнев и использовать их, чтобы изменить мир и окутать лидерство надеждой и стремлением к справедливости»

Основы для обучения лидерству

Учебная программа по развитию лидерства должна включать структурированный опыт в разных специфических областях. Большинство навыков резидентов будут получены в результате ухода за амбулаторными пациентами в поликлинике и на дому, а также в различных других организациях (например, в больницах, домах престарелых, интернатах), на станциях скорой помощи.

Структурированные дидактические микролекции, конференции, журнальные клубы, и воркшопы будут использоваться, чтобы добавить обучение на основе опыта (experiential learning), с ударением на исход-ориентированные, основанные на доказательствах уроки, которые описывают больных пациентов всех возрастов. Пациент-центрированная помощь, таргетированные техники пропаганды здоровья и профилактики заболеваний – это отличительные черты СМ и должны быть интегрированы во всех местах. Подходящие шаблоны направлений, передача ухода и обеспечение затратно-эффективной помощи должны быть также частью обучения.

Компетенции врача по теме лидерства

К концу обучения резидент СМ будет способен:

- Брать на себя руководящую роль в своей практике, сообществе и профессии врача (Профессионализм).
- Надлежащим образом анализировать отчеты о продуктивности индивидуальной и групповой практики, финансовых показателей, удовлетворенности пациентов и клиническом качестве (Практика, основанная на системах здравоохранения).
- Демонстрировать осведомленность и способность реагировать на более широкий контекст и систему здравоохранения, а также способность эффективно использовать другие ресурсы в системе для обеспечения оптимального медицинского обслуживания (Практика, основанная на системах здравоохранения).
- Демонстрировать способность управлять проектом по улучшению качества ухода и обслуживания его или ее пациентов (Обучение и совершенствование на основе практики)
- Демонстрировать способности, необходимые для успешного и надлежащего взаимодействия со средствами массовой информации и использования социальных медийных платформ в сфере здравоохранения, образования и бизнес-приложений (навыки межличностного общения, письменной коммуникации, профессионализм).

Резидент будет знать: (Знания)

1. Концепция лидерства
 - a. определения
 - b. теории
 - c. характеристики, в том числе разницу между лидерством и менеджментом
 - d. формальные и неформальные роли
 - e. ролевые модели
2. Стили и навыки персонального лидерства
 - a. Самооценка, включающая использование инструментов таких как тесты Мейерса-Бриггса, StrengthsFinder или Кузеса-Познера по лидерству
 - b. Компетенции лидерства
 - честность
 - жизненный баланс
 - видение
 - внешний фокус
 - юмор
 - c. Эмоциональный интеллект
 - самосознание
 - самоуправление
 - общественное признание
 - управление отношениями
 - d. Управление личным развитием и впечатлением
 - обратная связь 360 градусов
 - предпочтения в стиле работы
 - инструменты оценки
 - развитие видения
 - постановка личных целей
 - ресурсы для личного развития
3. Планирование и организация
 - a. Постановка целей
 - b. Планирование проекта
 - c. Ведение документации
 - d. Делегирование
 - e. Подотчетность
 - f. Кризис-менеджмент
 - g. Менеджмент изменений
 - h. Оценка результатов проекта
4. Коммуникативные навыки и техники
 - a. Устная коммуникация
 - b. Убеждение, уверенность
 - c. Активное слушание

- d. Профессиональная письменная коммуникация
- e. Графическая коммуникация
- f. Различные стили обучения и преподавания
 - визуал
 - аудиал
 - кинестетик
- g. Основная парламентская процедура
- h. Связи с общественностью
- i. Связи со СМИ
 - Печатные медиа
 - Радио и телевидение (в записи или в прямом эфире)
- j. Платформы социальных сетей
- k. Маркетинговые концепции
- 5. Построение позитивного отношения
 - a. Построение команды
 - b. Мотивация
 - c. Аффирмация
 - d. Разрешение конфликта
 - e. Концепции разнообразия
 - f. Снижение предрассудков
- 6. Решение проблемы и принятие решений
 - a. Личные стили
 - b. Групповые стили
 - c. Убеждение
 - d. Переговоры
 - e. Достижение консенсуса
 - f. Методы и модели
 - g. Этические дилеммы
- 7. Физическое и психическое здоровье
 - a. Личный имидж
 - b. Физическое здоровье
 - c. Стресс-менеджмент
 - d. Менеджмент времени
 - e. Осознанность
 - f. Личные ценности
 - g. Самооценка
 - h. Баланс между работой и личной жизнью
 - i. Выгорание врача
 - опросник выгорания Маслач
- 8. Лидерские площадки
 - a. Клинические команды
 - b. Медицинская практика и группы
 - альтернативные модели практики
 - c. Медицинский штат

- d. Академические условия
- e. Профессиональные организации
- f. Условия сообщества
- g. Политическая защита
- h. Культура практики

Резидент будет уметь: (Навыки) демонстрировать способность к независимому или надлежащему выполнению используя следующее:

1. Отчеты:
 - a. Продуктивности врача, в т.ч. в относительных единицах стоимости труда
 - b. Продуктивность групповой практики
 - c. Финансовые показатели
 - d. Удовлетворенность пациента
 - e. Клиническое качество
 - f. Уход на основе ценности против ухода на основе объема
2. Навыки управления медицинской практикой, включая:
 - a. Текущие методы выставления счетов и кодирования
 - b. Бюджетный дизайн и управление
 - c. Оценка потребностей сотрудников
 - d. Оценка потребности и влияния новых технологий
 - e. Электронные медицинские записи, оценка и внедрение
 - f. Оценка удовлетворенности пациента
 - g. Измерение клинического качества
 - h. Рекрутинг и интервьюирование новых сотрудников
 - i. Штатное расписание
 - j. Уход основанный на команде и управление
3. Руководство медицинскими бригадами для последовательной и надлежащей оптимизации подотчетного, скоординированного, качественного и индивидуального ухода за пациентами.
4. Деятельность по трансформации и культурным изменениям
5. Эффективное ведение переговоров и разрешение конфликтов между членами медицинской бригады, которое отвечает интересам пациента и членов бригады и служит укреплению межпрофессиональных отношений.
6. Профессиональное взаимодействие со СМИ.
7. Использование безопасных социальных сетей для практической рекламы, продвижения и управления.
8. Профессиональное взаимодействие с законодательной властью через адвокаты-работу на местном и региональном уровнях.
9. Участие и лидерство в практике, сообществе и профессии врача.
10. Членство в системе здравоохранения, в комитете профессиональной группы или в медицинской организации.
11. Определение и участие в личных стратегиях поддержания благополучия врача.

Резидент будет способен: (Отношение)

- Руководить другими
- Понимать разницу между лидерством и управлением
- Признавать то, что лидерство — это приобретаемый навык, а опыт усиливает природные способности.
- Признавать важность развития лидерских возможностей у других

Рекомендуемые интернет-ресурсы для обучающихся:

1. Концепция лидерства в секторе здравоохранения
<https://www.intechopen.com/chapters/60565>
2. Стили лидерства
<https://www.wgu.edu/blog/guide-transformational-leadership2008.html>
3. Лидерство в здравоохранении
<https://www.usa.edu/blog/leadership-in-healthcare/>
4. Лидерство в здравоохранении_NUGP
<https://graduate.northeastern.edu/resources/what-is-healthcare-leadership/>
5. Лидерство в семейной медицине
https://www.routledge.com/rsc/downloads/GWMEDP1712_Wonca_FB_r3.pdf
6. Оценка лидерских качеств сотрудников научно-медицинской организации_
http://vestnik.mednet.ru/content/view/1395/30/lang,ru_RU.CP1251/

Лучшие практики обучения и оценки лидерских навыков для резидентов семейной медицины

Лидерские навыки необходимы медицинским работникам, в том числе резидентам семейной медицины, поскольку они играют решающую роль в формировании будущего здравоохранения. Развитие эффективных лидерских способностей может помочь резидентам семейной медицины обеспечить лучший уход за пациентами, внести вклад в инновации в области здравоохранения и защищать своих пациентов и сообщества. Ниже представлены лучшие практики обучения лидерству.

1. Оценка навыков лидерства и потребностей в обучении

Обучение лидерству должно начинаться на раннем этапе медицинского образования, и очень важно осознавать необходимость такого обучения. Исследование Смита и др. (2019) подчеркнули, что лидерские качества для резидентов семейной медицины так же важны, как и клинические навыки [57]. Таким образом, организация медицинского образования следует проводить оценку потребностей, чтобы определить конкретные лидерские компетенции, необходимые их резидентам.

2. Включение лидерства в учебную программу

Чтобы эффективно обучать резидентов семейной медицины лидерству, крайне важно интегрировать обучение лидерству в учебную программу. Учебная программа, разработанная Джонсоном и др. (2018) является отличным примером такого подхода [58]. Их программа включала дидактические занятия, семинары

и практический опыт лидерства, адаптированный к уникальным потребностям ординаторов семейной медицины.

3. Наставничество и коучинг

Наставничество и коучинг играют важную роль в развитии лидерства. Сотрудничество резидентов семейной медицины с опытными наставниками может дать им ценную информацию и рекомендации. Исследование Андерсона и др. (2020) обнаружили, что наставничество положительно влияет на развитие лидерских качеств у врачей-стажеров [59].

4. Экспериментальное обучение

Обучение на основе опыта, такое как участие в руководящих должностях в медицинских организациях или общественных проектах, неоценимо. Начинающие врачи могут применять теории лидерства в реальных жизненных ситуациях, повышая свои лидерские компетенции. Исследование Дэвиса и др. (2017) продемонстрировали эффективность экспериментального обучения при обучении лидерству медицинских работников [60].

5. Междисциплинарное сотрудничество

Сотрудничество с профессионалами из различных медицинских дисциплин может расширить кругозор резидентов семейной медицины. Это знакомит их с различными стилями и подходами руководства. Статья Картера и др. (2021) подчеркнули преимущества междисциплинарного сотрудничества в программах обучения лидерству [61].

6. Оценка и обратная связь

Непрерывная оценка и обратная связь являются важными компонентами обучения лидерству. Резиденты семейной медицины должны регулярно оценивать свои лидерские качества, что позволит им определить области для улучшения. Кроме того, обратная связь от коллег и наставников может способствовать росту. Работа Пателя и др. (2019) подчеркнули важность обратной связи в развитии лидерства [62].

7. Лидерство в повышении качества здравоохранения

Обучение лидерству должно соответствовать цели улучшения качества здравоохранения. Резидентов следует научить тому, как руководить инициативами по улучшению качества в медицинских организациях. Исследование Ли и соавт. (2020) обсудили положительное влияние обучения лидерству на проекты по улучшению качества здравоохранения [63].

Для оценки лидерских навыков у обучающихся международный опыт предлагает различные передовые методы:

1. Определение ключевых лидерских компетенций

Оценка лидерских качеств начинается с определения компетенций, которые имеют решающее значение для резидентов семейной медицины. Исследование Тернера и соавт. (2015) подчеркивает важность выявления основных лидерских компетенций, таких как общение, работа в команде и решение проблем, которые необходимы врачам в сфере семейной медицины [64].

2. Обратная связь на 360 градусов

Одной из широко признанных передовых практик является использование обратной связи на 360 градусов. Этот метод предполагает сбор отзывов от коллег, руководителей и подчиненных, чтобы получить комплексное представление о лидерских навыках резидента (Lypson et al., 2018) [65]. Этот подход не только выявляет области, требующие улучшения, но также дает ценную информацию о навыках межличностного общения и самосознании резидента.

3. Самооценка и размышление

Поощрение резидентов семейной медицины к участию в самооценке и размышлении имеет важное значение для развития лидерства (Kumar et al., 2019) [66]. Инструменты самооценки, такие как реестры лидерских компетенций, могут помочь жителям выявить свои сильные стороны и области, требующие улучшения.

4. Моделирование и ролевая игра

Смоделированные сценарии и ролевые упражнения могут обеспечить жителям безопасную среду для отработки лидерских навыков (Забар и др., 2016) [67]. Эти упражнения имитируют реальные ситуации, позволяя жителям развивать навыки принятия решений и общения.

5. Продольная оценка

Лонгитюдный подход к оценке лидерских навыков предполагает непрерывную оценку в ходе обучения резидента. Этот метод позволяет преподавателям отслеживать прогресс резидента и предоставлять целевую обратную связь и обучение (Ruedinger et al., 2020) [68].

6. Оценка портфолио

Подход на основе портфолио позволяет резидентам документировать свой лидерский опыт и достижения. Этот метод побуждает жителей ставить и достигать целей, связанных с лидерством, обеспечивая при этом доказательства своего роста (Кернан и др., 2019) [69].

7. Объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ)

Эффективным методом может быть использование ОСКЭ, предназначенный для оценки лидерских качеств [70]. ОСКЭ предлагает стандартизированный способ оценки способностей к общению, принятию решений и решению проблем в клинических условиях.

Обучение лидерству должно обеспечиваться как целенаправленным, так и продольным опытом на протяжении всей программы резидентуры и должно включать возможности для демонстрации лидерства. Врачи-лидеры, имеющие опыт работы в различных условиях, должны быть привлечены в качестве педагогов, образцов для подражания и советников для резидентов, которые ищут возможности лидерства в среде медицинских работников и в сообществах. Принципам лидерства и лидерским качествам можно и нужно обучать, включая опыт работы с законодателями. Внедряя лучшие практики, такие как определение ключевых компетенций, использование обратной связи, поощрение к самооценке, включение моделирования, и другие методы, преподаватели медицинских вузов могут гарантировать, что резиденты развивают необходимые

навыки, позволяющие преуспеть на руководящих должностях в семейной медицине. Эти практики, подкрепленные литературой, способствуют всесторонней и эффективной оценке лидерских навыков у резидентов семейной медицины, что в конечном итоге приносит пользу пациентам и системе здравоохранения в целом.

ГЛАВА 6. ИССЛЕДОВАНИЯ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Важность научных исследований

Научные исследования очень важны для клинической работы каждого практикующего врача, поскольку они стимулируют открытое, обоснованно критическое и логическое мышление, усвоение и понимание процедур для адекватного представления результатов и уверенность в себе. Опыт, полученный в научных исследованиях, способствует повышению качества практической работы. Приобретение научных процедур открывает возможность более сложного анализа клинических проблем, лучшего внедрения последних знаний в области ухода за пациентами и объективной оценки достижения фундаментальных исследований в клинической практике. Научные исследования требуют приобретения специальных навыков и знаний. Это стимулирует уверенность в себе, свободу и независимость мышления, и готовность инвестировать потенциал, время и интерес в поиск новых идей.

Исследования - это естественная часть любой научной дисциплины, а значит, и часть семейной медицины. Как и все другие медицинские дисциплины, семейная медицина как научная и исследовательская сфера должна разрабатывать свое образовательное содержание и проводить последипломное обучение студентов-медиков, чтобы достичь полного академического подтверждения. Семейная медицина - это особая научная дисциплина, а не совокупность частей других дисциплин.

В определении общей практики/семейной медицины European Wonca 2002 года четко говорится: «Общая практика/семейная медицина - это академическая и научная дисциплина, имеющая собственное образовательное содержание, исследования и т.д. [71].

В 2004 году De Maeseneer и соавторы в журнале *Annals of Family Medicine* дают ответы на вопрос «Почему исследования в области семейной медицины?», объясняют особенности исследований в СМ, основные направления исследований СМ, которые отражены далее [72]. Отвечая на вопрос «Почему исследования в области семейной медицины?» в конечном счете, единственный ответ заключается в обеспечении лучшего медицинского обслуживания пациентов. Посредством исследований исследователи хотят улучшить качество первичной медико-санитарной помощи, улучшив ее понимание и практику. Тем не менее, качество - это сложное понятие, и исследования, направленные на повышение качества, неизбежно будут обширными и многогранными, и на них нужно будет ответить на множество разнообразных вопросов.

Пациенты семейной медицины не подпадают под критерии включения. Их болезнь еще недостаточно развита, у них есть другие сопутствующие проблемы со здоровьем, или они старше пациентов, участвовавших в исследованиях. Часто бывает трудно найти исследование, применимое к пациенту семейной медицины. Исследователи семейной медицины до сих пор неохотно

использовали интервенционные исследования, отдавая предпочтение планам наблюдательных исследований [73].

В результате остро необходимы рандомизированные контролируемые испытания в первичной медико-санитарной помощи, такие как испытания, которые начинаются с общих жалоб и симптомов, испытания с небольшим количеством критериев исключения и испытания, включающие множество пациентов, сопоставимых со средней популяцией семейной практики. Разнообразие исследуемой популяции может быть преимуществом, а не проблемой. В идеале эти испытания должны быть крупными, поскольку небольшие испытания, как правило, преувеличивают пользу от вмешательства [74].

Однако крупные рандомизированные клинические испытания не всегда возможны, и большинство из них обходятся дорого. Первичная медико-санитарная помощь, вероятно, и дальше будет жить с парадоксом, заключающимся в том, что строгость критериев включения и отбор пациентов, необходимые для РКИ, полностью противоположны повседневной практике.

Характеристики исследований в семейной медицине

1. Уникальная экология

Во-первых, семейная медицина обладает уникальной экологией [75, 76]. Семейный врач в качестве первого контактного лица при всех проблемах со здоровьем решает огромное количество проблем, в основном на ранних стадиях. Симптомы расплывчаты, частота серьезных заболеваний низкая, многие проблемы проходят самостоятельно, и часто присутствуют сопутствующие заболевания. В результате принятие решений в первичной медико-санитарной помощи полностью отличается от принятия решений в учреждениях вторичной медико-санитарной помощи, потому что, например, низкая вероятность снижает прогностическую ценность многих диагностических тестов в семейной практике. Важность исследований по эпидемиологии семейной практики можно проиллюстрировать, посмотрев на рандомизированные контролируемые испытания (РКИ), которые повсеместно считаются методом выбора для определения эффективности и действенности вмешательств и основы доказательной медицины. Существующие РКИ часто мало пригодны для семейного врача. Большинство пациентов, участвующих в исследовании, имеют четко определенные заболевания и соответствуют определенным критериям включения и исключения, как следствие сами пациенты семейной медицины не подпадают под критерии включения. Их болезнь еще недостаточно развита, у них есть другие сопутствующие проблемы со здоровьем, или они старше пациентов, участвовавших в исследованиях. Часто бывает трудно найти исследование, применимое к пациенту семейной медицины.

2. Контекст ухода

Вторая характеристика семейной медицины состоит в том, что контекст имеет первостепенное значение. Немедицинские факторы, такие как отношения врача и пациента, культурный контекст, профессиональный контекст, сети

поддержки, социально-экономический контекст, - все это влияет на диагностический и терапевтический подход и конечный результат. Например, есть эмпирические данные о том, что повышение ожиданий пациентов улучшает результаты [77].

Контекст резко изменяется с течением времени - в экономическом, социальном, образовательном и сексуальном плане. Например, семья - жизненно важный контекст большинства личных болезней в обществе - существует сейчас в самых разнообразных формах: одинокий, один родитель, один и тот же пол, двойной доход. В постиндустриальном обществе, основанном на знаниях, врачи и пациенты живут в новых контекстных рамках. Постоянные иерархические структуры были заменены гибкими временными сетями в профессиональной и частной жизни. Люди живут в обществе риска, с возрастающими экологическими и социально-экономическими рисками (например, усиление нездорового неравенства) и с усилением индивидуализации.

Исследование важности изменяющихся факторов контекста имеет решающее значение, и его лучше всего проводить в условиях семейной практики. Семейный врач в результате длительных взаимоотношений с пациентами находится в уникальном положении, позволяющем визуализировать влияние семьи и других лиц, выявлять контекстуальные факторы, влияющие на болезнь и здоровье, такие как растущая социальная изоляция, иммиграция, безработица и изменения в окружающей среде [78].

Помимо медицинских данных (доказательной медицины), очевидно, что семейным врачам нужны контекстные доказательства для улучшения ухода за пациентами, и только исследования в области семейной медицины могут предоставить это доказательство [79]. Это исследование должно быть междисциплинарным, включать такие дисциплины, как психология, социология и антропология, и использовать качественные методы исследования.

3. Подотчетность сообществу

Третьей характеристикой первичной медико-санитарной помощи является ее прочная связь с сообществом и подотчетность перед ним. Не только первичная помощь направлена на отдельных пациентов; это также связано с сообществом. Оно хочет получить как можно больше пользы для здоровья из ограниченных бюджетов для как можно большего числа граждан. Для достижения самых широких результатов в отношении здоровья необходимы более конкретные исследования - экономические исследования в области здравоохранения для оценки балансов затрат и полезности терапевтических и диагностических вмешательств, а также для изучения справедливости и доступности медицинской помощи, а также диагностические исследования на уровне сообществ, чтобы помочь выявить опасности для здоровья, связанные с сообществом, и предлагать вмешательства в рамках первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на сообщества [80].

Результаты экономических и общественных исследований могут предоставить необходимые политические данные, необходимые для поддержки принятия социальных и этических решений. Наконец, исследования первичной

медико-санитарной помощи сами по себе несут ответственность перед финансирующим обществом. Ему следует попытаться как можно больше вернуться в это общество, используя дизайн и организацию исследования, чтобы максимально увеличить его возможное влияние на клиническую практику и на благополучие пациентов.

Повышение качества с помощью исследований: операционная основа

Конечным мотивом всех исследований в области семейной медицины является улучшение здоровья пациентов. Для этого необходимо основывать профессиональную деятельность на хороших знаниях. Исследования могут показать, как обеспечить высокое качество медицинской помощи для достижения наилучших результатов. Качество - это сложное многомерное понятие с различными детерминантами. Комплексная структура может помочь решить различные вопросы и указать на пробелы. Исследования, направленные на повышение качества первичной медико-санитарной помощи, касаются каждого из трех измерений треугольника Донабедиана: *структура, процесс и результат* [81].

Более того, он включает в себя 5 важных направлений: базовые знания, диагностические и терапевтические проблемы, практическое применение, политический контекст и образование.

Структура состоит из 3 взаимосвязанных компонентов: общества, человека и системы здравоохранения. Что касается ухода за пациентами, мы рассматриваем общество как эпидемиологическое сообщество (характеризуемое с точки зрения заболеваемости, социально-экономического статуса, безработицы, жилья и других переменных), как культурное сообщество (антропологическая система координат) и как опора сообщества (с неформальными и профессиональными сетями). На индивидуальном уровне знания человека (о функционировании тела, механизмах заболевания, взаимодействии разума и тела), навыки (навыки совладания с собой, навыки самообслуживания) и отношения (представления о здоровье и убеждения) влияют на клиническую помощь. Третий компонент - это система здравоохранения, которую люди используют в обществе, где как организационные, так и финансовые аспекты (доступность) [82].

Процесс относится ко всем вмешательствам и взаимодействиям между пациентом и поставщиком медицинских услуг. Процесс имеет дело с аспектами коммуникации и принятия медицинских решений.

Структура и процесс неразрывно связаны в непрерывном взаимодействии. Например, общение между пациентами и врачами будет определяться не только навыками врача, но и такими характеристиками пациента, как убеждения пациента в отношении здоровья и организацией системы здравоохранения [83]. Характеристики сообщества могут играть важную роль. Культурно-антропологические факторы, например, часто будут интегрированы в общение с мигрантами и будут полезны при расшифровке симптомов и жалоб. Ожидания и убеждения пациента и врача будут влиять на принятие медицинских решений.

Решения, например, назначать ли антибиотики при остром синусите могут зависеть от веры пациента в антибиотики и защитной позиции врача [84].

Исход и структура, и процесс определяют конечный результат. Существуют различные соответствующие показатели результатов, такие как симптомы и жалобы пациента, медицинские параметры (например, артериальное давление, пиковая скорость потока), показатели качества жизни (функциональный статус), удовлетворенность пациента и социальная справедливость. То, как оценивается результат, будет во многом зависеть от парадигмы, лежащей в основе медицинской встречи, от того, как пациент и врач смотрят на здоровье и болезнь. Например, в подходе к хроническим заболеваниям произошел четкий сдвиг парадигмы от проблемно-ориентированной к целенаправленной помощи [85]. Для пациента с диабетом возможность участвовать в общественной жизни (цель) может быть более важной, чем объективное улучшение его нарушенного метаболизма глюкозы (проблема). Исследования в области семейной медицины относятся, по крайней мере, к одному из этих аспектов, но в рамках каждого измерения исследование может быть нацелено на один или несколько фокусов.

Направления исследований в семейной медицине

1. Базовые знания

Первым важным направлением является получение базовых знаний в области семейной медицины. Такое исследование направлено на лучшее знание и понимание того, что происходит с пациентами, когда они сталкиваются с проблемами со здоровьем, и на попытку концептуализировать то, что действительно важно в здравоохранении. Стратегия исследования для этого фокуса часто является исследовательской, направленной на установление истины посредством наблюдения и записи, путем классификации и анализа. В этом исследовании разрабатываются и используются теоретические модели, операционные определения и инструменты измерения, относящиеся к области первичной медико-санитарной помощи. Включены системы классификации, разработанные для отражения явлений семейной медицины - способы классификации проблем, такие как Международная классификация первичной медико-санитарной помощи (ICPC); способы измерения таких понятий, как состояние здоровья; и способы наблюдать и измерять важные отношения [86]. Типичными примерами являются регистрация заболеваемости (структура), обзор диагностических стратегий (процесс) и оценка состояния здоровья (результат). Эти подходы сыграли важную роль в определении существенного сходства клинических проблем с общей врачебной практикой в разных странах и в разных социокультурных условиях [87]. Еще предстоит проделать большую работу, чтобы лучше понять начальные обстоятельства (какова именно была ситуация, связанная с начальными признаками или симптомами дискомфорта или болезни пациента?), Сопутствующие факторы (была ли совокупность взаимодействующих или подкрепляющих обстоятельств, таких как необычный рабочий стресс, окружающих начало дискомфорта или болезни пациента?), факторы избавления (что известно о генетическом, семейном и культурном

происхождении и системе убеждений пациента; какова теория пациента о проблеме?) и ускорение обращения за помощью (какие события, мысли или поведение спровоцировали решение пациента проконсультироваться конкретный врач именно в это время?) [88]. Для решения этих вопросов необходимы как количественные, так и качественные подходы.

2. Подход к решению проблем

Второе направление исследований в семейной медицине - это диагностический и терапевтический подход к решению проблем. Посредством экспериментального контролируемого дизайна исследования эффективность диагностических и терапевтических вмешательств оценивается в условиях первичной медико-санитарной помощи. В этом подходе мы смотрим на эффективность, то есть на то, как диагностические или терапевтические вмешательства работают в оптимальных условиях. Эффективность многих вмешательств, используемых в настоящее время в первичной медико-санитарной помощи, недостаточно хорошо известна или не установлена в исследованиях, проводимых в вторичной помощи, и результаты экстраполируются на первичную медико-санитарную помощь. Примером может служить отсутствие информации о прогностической ценности признаков и симптомов: насколько полезны определенные симптомы для прогнозирования определенного заболевания, какие симптомы бесполезны, а какие исключают болезнь? [89]. Исходя из биомедицинской информации (структуры), мы можем начать эксперимент в условиях первичной медико-санитарной помощи, реализовав диагностический подход (процесс) для оценки прогностической ценности признака или группы симптомов. В настоящее время доступны различные дизайны испытаний для оценки взаимосвязи между терапевтическими вмешательствами и исходом.

3. Внедрение практики

Третий фокус связан с практической реализацией, то есть исследователь экспериментальным путем изучает конкретные стратегии, способствующие реализации диагностических и терапевтических стратегий решения проблем. Этот вид экспериментального исследования имеет дело с эффективностью - измерением и влиянием в реальных условиях на выполнение эффективных (то, что работает в идеальных условиях) стратегий. Отправной точкой здесь является наблюдение, что многие научно обоснованные подходы не применяются на практике, и потенциальные выгоды не достигаются пациентом [90]. Эффективные стратегии реализации необходимы для обеспечения изменений на практике, чтобы сократить разрыв между исследованиями и практикой [91].

Например, систематические обзоры исследований по реализации показывают, что на данный момент эффективность в рамках одной и той же реализации вмешательств варьируется. Эти вариации могут быть связаны с влиянием контекста и содержания; то есть стратегии реализации, которые работают для вторичной медико-санитарной помощи, могут, например, оказаться невозможными в первичной медико-санитарной помощи [92].

Для понимания важны дополнительные исследования более подробно, какие факторы влияют на эффективность внедрения вмешательств (результат) в учреждении (структуре) первичной медико-санитарной помощи для различных видов целевого поведения (процесса).

4. Контекст

Четвертый фокус связан с политическим контекстом. Здесь упор делается на эффективность (полезность затрат). Исследования служб здравоохранения рассматривают различные организационные компоненты оказания медицинской помощи и то, как они связаны с результатами. Первичная медико-санитарная помощь несет ответственность за максимальное улучшение здоровья населения за счет ограниченных бюджетов. Растущие расходы на здравоохранение делают экономический подход к здоровью все более актуальным; то есть выбор в области здравоохранения необходим для поддержания (или восстановления) доступности и справедливости. Дисциплина семейной медицины, которая является первой точкой контакта между пациентом и системой здравоохранения, играет важную роль в этой дискуссии. Следовательно, подкрепляя утверждения обоснованными междисциплинарными исследованиями, принимая во внимание точку зрения пациента, имеет первостепенное значение. Особый интерес также требуется к изучению изменения организации служб здравоохранения в странах с переходной экономикой, таких как некоторые страны Восточной Европы и третьего мира, и к становлению семейной медицины в этих странах.

5. Образование

Наконец, пятое направление связано с исследованиями в сфере образования. Кафедры семейной медицины часто берут на себя инициативу по внедрению инноваций в медицинские учебные программы и новые подходы в непрерывном медицинском образовании. Необходимы исследования, чтобы оценить влияние различных образовательных стратегий.

В таблице 7 представлена схема к исследовательским вопросам на примере исследований сахарного диабета 2 типа [93].

Таблица 7. Схема к исследовательским вопросам, связанным с сахарным диабетом 2 типа

	Структура	Процесс	Исход	Фокус	Стратегия
Базовые знания	Что знают пациенты о долгосрочных рисках СД2?	Как СВ информируют своих пациентов о долгосрочных рисках СД2?	Какими инструментами мы можем измерять влияние дополнительного информирования на комплаентность пациентов с терапией и последующим наблюдением	Концепции	Исследовательское описательное, оба QUAN и QUAL
Подход решение проблем	Может ли просмотр образовательных видеокассет улучшить знания в небольшой группе пациентов-добровольцев?	Будет ли разработка практического руководства с особым вниманием к информированию пациентов об их заболевании заставлять врачей (экспериментальную группу добровольцев)	Лучше информированные пациенты больше комплаентны (проверено в экспериментальной группе волонтеров)?	Эффективность	Экспериментальное контролируемое

		давать больше информации их пациентам?			
Внедрение в практику	Будет ли распространение этих видеокассет для всех пациентов улучшить их знание о диабете?	Будет ли введение этих рекомендаций в широком масштабе (разосланы по почте всем семейным врачам) улучшить предоставление информации диабетикам вообще?	Общее увеличение у пациентов знаний об их болезни приводит к общему повышению комплаентности?	Эффективность	Экспериментальное
Политика	Какая стоимость этого вмешательства в отношении преимуществ?	Какая стоимость разработки и распространения этого руководства в отношении к пользе?	Стоимость достижения - это увеличение соответствие в баланс с возможные выгоды и способствует ли это к большему капиталу?	Эффективность	Экономика здравоохранения

Образование	Каким должно быть содержание курса по лечению диабета, которое сосредоточено на контексте социально уязвимые группы?	Ролевая игра эффективный способ научить студентов давать больным диабетом четкую информацию об их заболевании?	Студенты эффективны научиться оценивать комплаентность пациента во время их стажировки?	Образование (знания, навыки и умения, отношения)	Переменная
-------------	--	--	---	--	------------

Чтобы добиться успеха, исследование должно учитывать множество различных аспектов и направлений и учитывать особенности общей практики. Вопросы и ответы по исследованиям в области первичной медико-санитарной помощи должны иметь отношение к повседневной практике и охватывать все области общей практики, чтобы в конечном итоге большинство практических вмешательств было подкреплено медицинскими, контекстными и политическими данными, а также улучшением качества помощи посредством исследований, которое будет наконец достигнуто.

Общая практика/семейная медицина в Европе

Общая практика/семейная медицина (GP/FM) является ядром дисциплины первичной медицинской помощи и краеугольным камнем многих систем здравоохранения в Европе. ВОЗ недавно подчеркнул важность практики GP/FM: первичная медико-санитарная помощь улучшает общие показатели качества таких как низкая преждевременная смертность, и лучше и больше справедливо распределенное здоровье населения. Это эффективно содержит расходы на здравоохранение и предотвращает вред, причиненный из-за ненужной госпитализации и чрезмерного обследования. Большинство граждан Европы регулярно консультируются со своим врачом общей практики. Более 80% всех жалоб и заболеваний пациентов могут быть лечатся в GP/FM, особенно хронические проблемы, которые составят основную часть нагрузки в будущем. Сильная европейская система первичной медико-санитарной помощи обеспечивает легкий доступ к скоординированное здравоохранение и предотвращает фрагментацию помощь растущему числу людей с хроническими проблемы со здоровьем, и это имеет особое значение в свете старения европейского населения и их поставщиков услуг по уходу.

Программа исследований для общей практики / СМ и первичной медико-санитарной помощи в Европе всесторонний обзор исследований СМ была разработана по запросу WONCA Europe в связи с Европейским определением общей практики/СМ (2002, 2005) [94].

Программа исследований обобщает текущие научные данные, связанные с ядром компетенций и характеристик ВОП/СМ, основанных на нескольких опросах ключевых информантов и всестороннем обзоре научной литературы. Это указывает на исследования потребности и направления действий для политики в области здравоохранения и научных исследований [95].

1. Управление первичной медико-санитарной помощью

Согласно определению, WONCA Europe ВОП/СМ, ведение первичной медико-санитарной помощи включает способность:

- организовывать первичный контакт с пациентами, с невыбранными проблемами и предоставлением открытых и неограниченный доступ;
- охватывать весь спектр состояний здоровья;
- предоставить пациенту соответствующие услуги в системе здравоохранения;
- координировать помощь с другими специалистами в области первичной помощи, другими специалистами и вторичной помощью;

- овладеть эффективным и надлежащим уходом использование медицинских услуг, использование ресурсов эффективно;
- действовать в качестве защитника пациента, т.е. защищать их от вреда, который может быть причинен в результате ненужный скрининг, тестирование и лечение.

Область исследований также включает клиническую эффективность и воздействие на системы здравоохранения моделей, решение конкретных проблем со здоровьем на первичном звене, т. е. определенные программы лечения заболеваний, и способы организации ухода в рамках практики или бригады первичной медико-санитарной помощи. Педагогические исследования в этой области включает в себя управленческие навыки в системе здравоохранения и уровень практики, а также образование для медицинских работников с различным опытом работы и экспертиза [96].

Управление первичной медико-санитарной помощью для европейских пациентов с их разнообразными потребностями, ведение первичной медико-санитарной помощи включает в себя широкий и комплексный набор важных понятий:

- доступ к медицинской помощи, эффективное управление оказание медицинской помощи, использование медицинских услуг и содействие в предоставлении соответствующих услуг;
- координацию на стыке между первичными уход и другие уровни (медицинского) ухода, с другими специалистами первичной медико-санитарной помощи и врачи-специалисты других дисциплин;
- разные модели организации помощи (т.е. программы управления, модели совместного ухода, команда на базе первичной медико-санитарной помощи);
- вопросы клинической компетентности, такие как решение невыбранных проблем, охватывающих весь спектр медицинских услуг, условия.

В Европе доступ к первичной и вторичной медицинской помощи и сотрудничество между ними организованы по-разному. Как правило, исследования показали, что пациенты первичной медико-санитарной помощи очень довольны, и доказали преимущества для системы здравоохранения, опирающиеся на первичную медико-санитарную помощь и общую практику по сравнению с системами, тяготеющими к свободному доступу к специалистам: лучшие результаты в отношении здоровья, повышение справедливости, доступа и преемственности, а также снижение затрат. Однако известно не так много еще о последствиях организации здравоохранения, разногласиях внутри Европы. Сравнительные исследования моделей управления первичной медико-санитарной помощью и вмешательств. Вопросы, касающиеся оказания помощи (например, практикующие медсестры, выездные визиты, продолжительность консультаций, вмешательства, направления), модели управления первичной медико-санитарной помощью, устойчивость результатов лечения и эффективность непрерывного профессиональному развитию можно было бы ответить на основе наблюдательных или интервенционных исследований с

использованием количественных, качественных и смешанных планов может пролить свет на этот важный вопрос и дать информацию европейской политике.

Дальнейшие исследования

Будущие исследования должны включать методологические и инструментальные исследования. Дальнейшее развитие эпидемиологических исследований первичной медико-санитарной помощи на основе электронных медицинских записей являются многообещающими, особенно в отношении ориентированных на пациента показателей здоровья и качества жизни.

Учитывая эти результаты, дальнейшие исследования должны быть сосредоточены на следующих аспектах:

- Разработка инструментов исследования и результатов меры, отражающие и измеряющие различные аспекты управления первичной медико-санитарной помощью и ориентации на местное население, а также их взаимосвязь.
- Восприятие пациента и врача, точки зрения и предпочтения по вопросам управления практикой (например, открытый доступ, телефонные консультации, телемедицина).
- Сравнение различных моделей оказания помощи и оценка эффективности различных стратегий или вмешательств в сфере первичной помощи не только в уровень удовлетворенности пациентов и/или обслуживания усвоение, но и на уровне последствий для здоровья.
- Достоверность и полезность электронных карт пациентов в общей практике; и использование информации технологии в ориентированной на сообщество первичной помощи.
- Регулярный сбор и осуществимость/обоснованность данные из электронных медицинских карт врачей общей практики, их использование для изучения заболеваемости и помощи врачам общей практики (в т.ч. соответствующие знаменатели), и как средство для набора, сбора данных и управление данными в исследованиях.
- Сравнение различных подходов/моделей первичной медико-санитарной помощи в результаты в отношении как индивидуального здоровья, и потребности сообщества.
- Модели ухода на уровне сообщества для конкретных областей клинической работы (например, паллиативная помощь, программы зависимости);
- Эффективные методы межпрофессионального обучения и обучения управленческим навыкам (в будущем);
- Обучение, ориентированное на сообщество первичной помощи, включая оценку программ с четкой методологией.

Методология исследования

Следующие методологические потребности могут быть сформулированы:

- Инструментальные исследования для разработки и проверки меры по вопросам управления практикой и аспекты общественной ориентации.
- Лонгитюдные обсервационные исследования, т. е. по эпидемиологии СМ, включая специфические аспекты и результаты ухода, а также рассмотрение как отдельных лиц, так и сообщества.

- Интервенционные исследования (контролируемые испытания — сравнение различных стратегий ведения первичной медико-санитарной помощи или сравнение инновационных стратегий с «уходом как обычно»).
- Исследования внедрения эффективных стратегий (наблюдательные).
- Обсервационные когортные исследования, сравнивающие различные подходы и модели, в том числе в сфере образования.
- Исследования смешанного дизайна.

2. Ориентированная на человека помощь

В соответствии с определением GP/WONCA Europe CM, «уход, ориентированный на человека», включает в себя возможность:

- применять лично-ориентированный подход в работе с пациентами и проблемы в контексте обстоятельства;
- установить эффективные отношения между врачом и пациентом, с уважением автономии пациента;
- общаться, расставлять приоритеты и действовать в партнерстве;
- обеспечивать продолжительную непрерывность ухода в соответствии с потребностями пациента, имея в виду непрерывное и скоординированное управление уходом.

Персонально-ориентированная помощь определяется как персонализированный подход в работе с пациентами и их проблемами. Это включает в себя эффективные отношения врача и пациента и коммуникации, которые уважают пациента как активного вовлеченного, автономного партнера, общая установка приоритетов и принятия решений, а также продольная преемственность ухода. Ориентированность на человека или пациента имеет центральное значение в первичной медицинской помощи, ценное как пациентами, так и врачами, в частности, в отношении непрерывности оказания помощи и хорошего общения. Многие, но не все, пациенты хотят принимать активное участие в принятии решений. Индивидуально-ориентированная помощь в настоящее время повсеместно пропагандируется в медицинском образовании. Однако данных исследований, подтверждающих эту концепцию, по-прежнему недостаточно. Концепция нуждается в дальнейшем теоретическом и эмпирическом уточнении, как вмешательство и как результат. Хотя некоторые аспекты лично-ориентированности (возможность, удовлетворение, участие) может быть измерено, инструменты методы оценить сложную концепцию ухода, ориентированного на человека, как целое еще предстоит разработать. Чтобы лучше понять значение лично-ориентированного подхода, как вмешательства, так и результата, необходимо больше доказательств в пользу подхода, ориентированного на пациента. в отношении соответствующих результатов в отношении здоровья и качества нужна жизнь, а также исследования по эффективному обучению методы и их устойчивость.

Область исследования также включает исследования по мнения и предпочтения пациентов, а также эффективность подхода, ориентированного на человека или пациента и аспекты участия пациента и совместного принятия решений, хотя есть частичное совпадение с аспектами решения конкретных

проблем. Ориентация на пациента была принята как важная, центральная ценность в медицинском обслуживании, и в настоящее время она повсеместно пропагандируется в медицинское образование [97, 98].

3. Специальные навыки решения проблем

Общая практика/семейная медицина требует особых навыков решения проблем. Они учитывают свойства первичной медико-санитарной помощи, таких как:

- принятие решений, связанных с преобладанием заболевания среди населения;
- часто неспецифические признаки и симптомы в начале стадии болезни;
- ситуация неопределенности с частыми самоограничивающимися расстройствами, с одной стороны, и необходимостью раннего выявления редких угрожающих жизни состояний с другой, требующая внимательного и эффективного использования диагностических и лечебных учреждений, в том числе бдительного ожидания в соответствующих случаях;
- одновременное наличие нескольких жалоб и заболеваний, особенно в пожилом возрасте;
- лично-ориентированный подход, основанный на знаниях жизни пациента, уважающие индивидуальные предпочтения пациентов
- необходимость систематического ведения медицинской документации и передача информации.

Выявление конкретного вклада исследований СМ в обширную область медицины является сложной задачей. Есть большие достижения в лечении острых и хронических заболеваний, а также вопрос улучшения качества в общей врачебной практике. Тем не менее, клинические исследования обычно проводятся в стационарных условиях и в основном ограничиваются тщательно отобранными группами пациентов с узко определенными заболеваниями или стратегиями ведения, технических подходов или назначения новых препаратов. ВОП и их пациенты нуждаются в результатах прагматичного исследования в учреждениях первичной медико-санитарной помощи с учетом конкретных свойств, названных выше. Исследованиям по этим вопросам нужны специальные методы (например, управление большим количеством испытательных площадок и исследовательских сетей, определение адекватных контрольных групп и специальные статистические методы).

Темы исследований включают [99]:

- Диагностические и прогностические рассуждения, в т.ч. ступенчатые процедуры оптимизации прогностических значений, оценка риска оптимизации прогностических значений, терапии, включая прагматическую рандомизированные контролируемые испытания лекарств и других форм лечения, вопросы безопасности, факторы, связанные с пациентом, такие как приверженность. Прагматические рандомизированные контролируемые клинические испытания в общей практике могут дать ответ на вопрос об эффективности соответствующих повседневных подходов к лечению.
- Актуальность новых препаратов или рекомендаций для параметров первичной медико-санитарной помощи.

- Специальные навыки/подходы (например, паллиативная помощь, лечение хронических заболеваний, уход, генетика) и улучшение качества;
- Влияние результатов исследований первичной медико-санитарной помощи на разные уровни ухода и образования.
- Эпидемиология первичной медико-санитарной помощи в лонгитюдной перспективе, чтобы обеспечить важные предпосылки к информации, а также информацию об устойчивости последствий.
- Образовательные исследования показывают, что ранний опыт работы в сфере первичной медико-санитарной помощи помогает студентам-медикам приобрести профессиональные взгляды и влияет на выбор карьеры. Хорошо спланированные конкретные образовательные вмешательства способствуют переводу и внедрению инноваций в практику.

4. Комплексный подход

Согласно определению WONCA Europe, «комплексный подход» включает в себя возможность:

- управлять множественными жалобами и патологиями одновременно;
- укреплять здоровье и благополучие путем надлежащего применения стратегий профилактики заболеваний;
- управлять и координировать укрепление здоровья, профилактику, лечение, уход, паллиативную помощь и реабилитацию.

Таким образом, ключевая компетенция и исследовательская область «комплексный подход» включает два аспекта:

1. ведение болезни (одновременное управление несколькими жалобами и патологиями, охватывающими как острые, так и хронические проблемы со здоровьем);
2. благополучие и укрепление здоровья.

Врачи общей практики должны управлять и координировать все эти аспекты в конкретных долгосрочных отношениях между врачом и пациентом. Область исследований включает исследования по укреплению здоровья и профилактике, диагностике, лечению и последующему наблюдению за всеми заболеваниями, а также паллиативную помощь. Это требует одновременное рассмотрение различных аспектов ухода и исследований, не связанных с конкретным заболеванием, а имеющих отношение к группам пациентов или к теме здоровья во всех их проявлениях. Области исследования «ухода, ориентированного на человека» и «комплексный подход» отражают два из четырех основных компонентов первичной медико-санитарной помощи Starfield, т.е. «продольность» или «непрерывность» (определяемая как помощь, ориентированная на человека во времени) и «всеобъемлемость» (определяется как степень, в которой поставщик медицинских услуг действительно признает все потребности пациента по мере того, как они происходят, и предлагает спектр услуг, достаточно широкий, чтобы отвечать всем общим требованиям).

Почти все существующие исследования комплексной помощи, определяется как лечение множественных жалоб, охватывающих как острые, так и хронические проблемы со здоровьем, продвижение, являются перекрестным

или имеет только короткое последующее действие. Исследования дают разрозненные представления о некоторых очень конкретных ситуациях, но не знания о концепции всеобъемлющего ухода. Высококачественных исследований по профилактике мало. Вмешательства в образ жизни часто имеют лишь незначительные эффекты.

Исследованиям в этой области не хватает хороших лонгитюдных исследований с соответствующими результатами и долгосрочным воздействием. Индикатор Старфилда «степень, в которой поставщик медицинских услуг распознает потребности пациента по мере их возникновения и предлагает ряд услуг для их удовлетворения», используется редко. Полнота кажется зонтичным понятием охватывающие все другие основные компетенции первичного ухода. Качественные исследования могут способствовать пониманию концепция комплексного подхода от врачей и точки зрения пациентов. Смешанные методы исследования, а также, лонгитюдные и интервенционные исследования могут измерять эффективность и устойчивость комплексного лечения. Необходимы специальные исследовательские инструменты и должны быть определены соответствующие показатели результатов [100].

5. Ориентация на сообщество

Согласно определению WONCA Europe, основная компетенция ориентации сообщества включает в себя способность согласовать медицинские потребности отдельных пациентов и нужды общества в области здравоохранения в балансе с имеющимися ресурсами. Следующие темы могут быть включены в домен "исследование": потребности в здоровье, отражающие индивидуальное здоровье, потребности в контексте окружения человека, а также нужды общества в области здравоохранения и возможные конфликты между ними. Он также включает в себя процесс принятия решений, связанный с контекстом, и сотрудничество с другими специалистами и учреждениями в соответствии с потребностями в области здравоохранения [99].

Ориентация на общество включает индивидуальные потребности здоровья в контексте как окружения человека, а также потребности общества в здравоохранении. Концепция сообщества включает в себя как малые группы, такие как семья, и более крупные объекты, такие как школа, город или страна. Ориентация на общество требует особого подхода к принятию решений, а также сотрудничества с другими специалистами и агентствами. Большинство научных статей определяют понятие в повествовательной форме. Некоторые исследования основаны на особой модели, ориентированной на сообщество первичной помощи, другие сосредоточены на конкретных заболеваниях (общих хронические заболевания), услуги (профилактика) или население группы (пожилые люди, матери и новорожденные, меньшинства).

Они описывают подходы к управлению, включающие сотрудничество между учреждениями первичной медико-санитарной помощи и общественными учреждениями, совместную помощь или направление врачей общей практики по месту внедрения программы.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на сравнение различных моделей первичной медико-санитарной помощи в сообществе, и подтвердить силу сотрудничества между здравоохранением и другими коммунальными услугами. Следует также сосредоточить внимание на перспективе развития информационных технологий в этом контексте, а также о подготовке специалистов и заинтересованных сторон, ориентированных на сообщество первичной помощи, и о конкретных областях, таких как паллиативная помощь или программы по борьбе с наркоманией. Важны развитие исследований, инструменты и показатели результатов, отражающие различные аспекты ориентации сообщества, необходимо их сближение.

6. Целостный (холистический) подход

Целостный подход включает использование биопсихосоциальной модели, учитывающей культурные и экзистенциальные измерения, таким образом заботясь о человеке в целом, контекст их ценностей, семейных убеждений, семейной системы, культура и социально-экологическая ситуация в более широком сообществе. Целостный подход признает, что люди представляют собой сложные живые существа, а не агрегаты отдельных органов, и что все болезни имеют динамические компоненты. Он считает, что отдельные люди, организации, социальные группы и общество обладают характеристиками сложных адаптивных систем, которые не всегда реагируют так, как предполагалось изначально. Это должно учитываться при планировании и интерпретации исследования. Этические вопросы являются важным компонентом целостного подхода к здоровью и заботе о здоровье. Целостный подход широко признается важным, ценным и необходимым для широкой концепции здоровья. Однако недостаточно исследований и эмпирических данных.

Будущие исследования должны:

- выяснить, какие потребности выражаются в одобрении целостного ухода, а также потребности в дополнительных лекарственных средствах;
- понимать влияние социальных, культурных и экологических обстоятельств на здоровье;
- оценить эффективность целостного подхода, культуральную компетентность и модель биопсихосоциальной помощи;
- преодолевать трудности и последствия для здоровья;
- оценивать образование для целостного подхода, а именно культуральная компетентность и решение социальных проблем;
- разработать соответствующие инструменты и показатели.

Программа будущих исследований в области первичной медико-санитарной помощи [101]:

1. Дальнейшая разработка и оценка родовых (личных (центрированные, биопсихосоциальные, всеобъемлющие или основанные на сообществе) моделей или стратегий.
2. Поощрять сравнительные исследования населения с различным культурным, социальным или географическим контекстом и систем здравоохранения.

3. Продвигать и поддерживать лонгитюдные когортные исследования, оценить прогноз и детерминанты здоровья и болезни.
4. Продвигать и поддерживать интервенционные исследования и рандомизированные контролируемые испытания, в которых учитывать общие вопросы, такие как предпочтения пациентов, мультиморбидность, качество жизни и социальные и экологические обстоятельства.
5. Поощрять исследования, направленные на диагностику стратегии и рассуждения.
6. Продвигать исследования по оценке эффективности и эффективность в ежедневном уходе
7. Разработать и утвердить функциональные и общие инструменты, показатели результатов для использования в исследованиях и уходе в ОВП/СМ.

Потребности и последствия для будущих исследований

При принятии решений о финансировании или стратегическом планировании должны быть учтены сформулированные исследовательские потребности. Эксперты по СМ должны быть частью всех органов, принимающих решения в отношении политики в области здравоохранения или финансирования исследований, связанных со здоровьем.

Продвижение исследований СМ

Повестка дня требует, чтобы в каждой стране постоянно обеспечивалась хорошая базовая исследовательская инфраструктура. Она включает в себя [102]:

- Облегчение доступа к научной литературе, базам данных и к научному сообществу (через конференции, курсы), независимые от фармацевтических компаний.
- Надлежащее финансирование академических отделов и научно-исследовательских институтов, а также исследовательских проектов и исследований в области первичной медико-санитарной помощи. Объем финансирования должен отражать важность дисциплины в системе здравоохранения и должен обеспечить адекватную инфраструктуру с достаточной стабильностью во времени, чтобы можно было проводить лонгитюдные исследования.
- Внедрение электронных медицинских карт используя соответствующие системы кодирования, которые отражают реальность первичной медико-санитарной помощи и обеспечить адекватные данные для исследовательских баз данных.
- Предоставление и поддержка соответствующих исследований баз данных, отображающих первичную медико-санитарную помощь (т. е. на основе электронных медицинских карт). Эти данные должны уважать неприкосновенность частной жизни и безопасность, должны быть доступны и пригодны не только для общественного здравоохранения, но и в целях управления здравоохранением.
- Проекты по улучшению качества (включая обратную связь с практиками предоставления данных, аудиты).

- Клинические исследования в СМ и исследования в области здравоохранения (включая диагностические исследования, отбор проб для количественных и качественных исследований, лонгитюдных исследований).

Обобщив результаты различных компетенций или областей, авторы сформулировали список рекомендаций по соответствующим методологиям будущих исследований в СМ (таб. 8).

- Исследования должны измерять соответствующие результаты здоровья или оценивать качество жизни, а не сосредотачиваться только на удовлетворенности пациентов в использовании услуг или суррогатных (био) маркеров.
- Описательные перекрестные анкетные опросы (исследования отношения) или обзоры диаграмм не будут добавлять много знаний в большинстве стран. Однако наблюдательные исследования могут быть очень полезными, чтобы подойти к новой теме исследования или контексту.
- Качественные исследования важны для оценки взглядов и предпочтений пациента или врача, приблизиться к сложности, понять различные концепции основных компетенций, исследовать, каковы релевантные последствия для здоровья и в качестве первого шага к развитию измерения инструментов.
- Рандомизированные контролируемые испытания (РКИ) обеспечивают доказательства высокого уровня в отношении терапии или других вмешательств, если они являются оригинальными и внешне достоверными (относительно эффектов отбора и предвзятости).
- В интервенционных исследованиях и проектах по улучшению качества должны быть определены адекватные контрольные группы. Ожидаемую добавленную стоимость к «обычному» лечению общей практики (и его обоснованность в качестве сравнения) следует тщательно рассмотреть особенно при планировании исследований образа жизни, вмешательств или улучшения качества медицинской помощи, существующие доказательства должны быть пересмотрены, необходимо тщательно оценить оригинальность и внешний период действия.
- Проспективные когортные исследования или исследования случай-контроль могут быть хорошими вариантами для оценки риска или последствий, или для реализации моделей ухода или образовательных программ.
- Продольные исследования важны для оценки непрерывного комплексного ухода и устойчивости или эффекта вмешательства.
- Смешанные методы часто помогают изучить одну тему под разными углами или перспективами: измерять/наблюдать, что происходит (и сколько) и объяснять причины.

Таблица 8. Исследования в области семейной медицины/первичной медико-санитарной помощи

Категория исследования	Основные элементы	Методы исследования
Управление первичной медико-санитарной помощью	Организация и рабочая сила первичной медико-санитарной помощи, включая влияние моделей управления первичной медико-санитарной помощью и мер вмешательства, время консультаций, доступность первичной помощи, совместную помощь и направление между врачами общей практики и другими специалистами, роль и влияние электронных медицинских карт, измерение результатов, расчет стоимости и обучение врачей и пациентов.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Научные исследования по разработке инструментов для оценки управления первичной медико-санитарной помощью. 2. Лонгитюдные эпидемиологические исследования общей практики. 3. Интервенционные сравнительные исследования различных стратегий первичной медико-санитарной помощи. 4. Смешанные методы исследования.
Уход за пациентом	Когнитивные системы, ориентированные на человека, включая общение врача и пациента, совместное принятие решений врачом и пациентом, чувства и предпочтения пациентов, непрерывность лечения, удовлетворенность пациентов и соблюдение режима лечения.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Качественные исследования. 2. Исследования с использованием инструментов для измерения критериев, ориентированных на пациента. 3. Интервенционные исследования, ориентированные на пациента. 4. Продольные обсервационные исследования с упором на пациентов.
Компетенция решения конкретных проблем	Клинические и диагностические исследования, связанные с заболеванием, включая диагностику симптомов, клиническое лечение, принятие клинических решений, качество медицинской помощи, наследственные/генетические исследования в первичной медико-санитарной помощи,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лонгитюдные эпидемиологические исследования общей практики. 2. Интервенционные исследования с высокой достоверностью (например, РКИ).

	медицинское образование и непрерывное образование.	3.Обзорные исследования, изучающие подходы к первичной медико-санитарной помощи. 4.Смешанные методы исследования.
Комплексный подход	Основными элементами являются лечение заболеваний и улучшение здоровья пациентов, в том числе изменение образа жизни, уход за пожилыми людьми, паллиативная помощь и уход в хосписах.	1.Наблюдательные исследования. 2.Качественные исследования. 3.Смешанные методы исследования. 4.Интервенционные исследования. 5.Ретроспективные и проспективные когортные исследования.
Ориентация на сообщество	Потребности личного здоровья в контексте окружающей среды. В настоящее время такие исследования сосредоточены на конкретных проблемах внутри сообщества, таких как хронические заболевания, скрининг и профилактические услуги общественного здравоохранения.	1. Обзорные исследования. 2.Обсервационные когортные исследования. 3.Смешанные методы исследования
Целостный подход	Биопсихосоциальные комплексные вмешательства в социально-экологическую среду, исследующие ценности, семейные убеждения, системы и культуры. В основном это комплексное лечение, исследование социальной и культурной среды, факторов, способствующих и препятствующих проведению медицинской реформы.	1.Качественные исследования 2. Обзорные исследования 3.Наблюдательные исследования 4.Лонгитюдные исследования смешанных методов.

Адаптировано из: Программа исследований в области общей практики/семейной медицины и первичной медико-санитарной помощи в Европе

Эта структура EGPRN предлагает большую ценность для продвижения и дальнейшего улучшения исследований общей практики. Однако подавляющее большинство врачей общей практики в развивающихся странах семейной медицины, таких как Китай, Казахстан, очень мало знают об этом. Действительно, разрыв между исследованиями общей практики и врачами общей практики существует. Ряд исследований в Европе, Северной Америке, Австралии и Китае показал, что большое количество врачей общей практики с энтузиазмом относятся к исследованиям, но не понимают методов исследования [103, 104, 105, 106].

Столкнувшись с дилеммой, что времени на исследования становится все меньше, их энтузиазм и идеалы постоянно угасают и даже могут стать источником стресса. Нехватка времени и ресурсов приводит к невозможным потерям для исследований в области общей практики и для развития академического предприятия. Общая практика - это отдельная дисциплина и специальность. Являясь основой национальной системы здравоохранения в большинстве стран, общая практика насчитывает наибольшее количество врачей всех медицинских специальностей. Однако понимание и изучение достижений медицинской науки среди многих врачей общей практики часто останавливается на уровне клинического опыта посредством индуктивных рассуждений. Врачам общей практики может не хватать навыков использования критического мышления для принятия основанных на фактических данных решений об улучшении качества клинических услуг, которые они предоставляют, о связи опыта и результатов пациентов. Отсутствие навыков в развитии организаций и отраслей может стать препятствием для личного карьерного роста. Когда препятствия накапливаются среди врачей общей практики, замедляется развитие дисциплины общей врачебной практики. Поэтому организованная семейная медицина должна донести теоретические и прикладные инструменты методологии научных исследований до каждого врача общей практики, чтобы смягчить дилемму выбора между выполнением своей повседневной клинической работы и проведением научных исследований. Хотя роль ресурсоемких исследований, представленных в таблице 8, сохраняется, многие исследования не требуют интенсивных ресурсов, которые могут быть возможны только в академических учреждениях с активными исследовательскими отделами общей практики. Мелкомасштабное исследование может внести значительный вклад в науку и методы семейной медицины. Что давно было необходимо, так это серия статей о методах исследования «как это сделать» для руководства небольшими проектами, которые возможны не только для врачей общей практики в учреждениях, богатых исследовательскими ресурсами, но и для врачей общей практики, практикующих за пределами академических учреждений. Поэтому в спецвыпуске журнала «Family Medicine and Community Health» представлены методические статьи о методах исследования в Семейной медицине, которые обобщены в таблице 9, с которыми читатели могут ознакомиться <https://blogs.bmj.com/fmch/2019/04/29/research-methods-for-general-practitioners-and-developing-small-scale-general-practice-research/>.

Таблица 9. Порядок и содержание методических статей о методах исследования в Семейной медицине в спецвыпуске журнала «Family Medicine and Community Health»

№	Заголовок	Содержание	Ссылки
1	Открытие и проведение исследований в области семейной медицины общественного здравоохранения (от редакции)	Формулирует значение, среди исследований в области первичной медико-санитарной помощи и краткое введение десяти избранных статей.	https://fmch.bmj.com/content/7/2/e000084 Fetters MD, Guetterman TC Discovering and doing family medicine and community health research <i>Family Medicine and Community Health</i> 2019;7:e000084. doi: 10.1136/fmch-2018-000084
2	Новое определение начала исследований: пять вопросов для клинически ориентированных врачей семейной медицины	Стимулирует нахождение радости и участия в исследованиях для семейных врачей, ориентированных на клинические исследования.	https://fmch.bmj.com/content/7/2/e000017 Ventres W, Whiteside-Mansell L Getting started in research, redefined: five questions for clinically focused physicians in family medicine <i>Family Medicine and Community Health</i> 2019;7:e000017. doi: 10.1136/fmch-2018-000017
3	Начало исследований в области первичной медико-санитарной помощи: выбор из шести практических подходов к исследованиям	Иллюстрирует источник значимых тем исследования, как тему можно изучить с помощью шести практических подходов к исследованию и как выбрать один из представленных подходов специального выпуска.	https://fmch.bmj.com/content/7/2/e000042 Fetters MD. Getting started in primary care research: choosing among six practical research approaches. <i>Family Medicine and Community Health</i> 2019;7:e000042. doi: 10.1136/fmch-2018-000042
4	Смешанные методы обзорные исследования семейной медицине общественном здравоохранении	Формулирует пять характеристик хорошо спланированного исследования с использованием смешанных методов и демонстрирует процедуры проведения исследования с	https://fmch.bmj.com/content/7/2/e000086 Creswell JW, Hirose M. Mixed methods and survey research in family medicine and community health. <i>Family Medicine and Community Health</i> 2019;7:e000086. doi: 10.1136/fmch-2018-000086

		использованием смешанных методов, используя 6 шагов, проиллюстрированных примером.	
5	Полуструктурированное интервьюирование в исследованиях первичной медико-санитарной помощи: баланс отношений и строгости	Описывает процесс проведения полуструктурированных интервью с использованием 11 основных шагов.	https://fmch.bmj.com/content/7/2/e000057 DeJonckheere M, Vaughn LM. Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. <i>Family Medicine and Community Health</i> 2019;7:e000057. doi: 10.1136/fmch-2018-000057
6	Разработка учебного плана: как подготовиться	Объясняет процесс разработки и оценки учебной программы по семейной медицине с использованием 6 шагов, применяемых к учебной программе, разработанной для обучения коммуникативным навыкам.	https://fmch.bmj.com/content/7/2/e000046 Schneiderhan J, Guetterman TC, Dobs on ML. Curriculum development: a how to primer. <i>Family Medicine and Community Health</i> 2019;7:e000046. doi: 10.1136/fmch-2018-000046
7	Методология постоянного улучшения качества: тематическое исследование междисциплинарного сотрудничества для улучшения скрининга на хламидиоз	Обобщает процесс проведения проекта повышения качества с использованием цикла «Планируй-Делай-Проверяй-Действуй» (PDCA) и 9 шагов по улучшению скрининга на хламидиоз среди женщин.	https://fmch.bmj.com/content/7/2/e000085 Ursu A, Greenberg G, McKee M. Continuous quality improvement methodology: a case study on multidisciplinary collaboration to improve chlamydia screening. <i>Family Medicine and Community Health</i> 2019;7:e000085. doi: 10.1136/fmch-2018-000085
8	Проведение анализа политики здравоохранения в исследованиях первичной медико-	Описывает процесс проведения анализа политики здравоохранения с использованием 8 шагов путем изучения	https://fmch.bmj.com/content/7/2/e000076 Engelman A, Case B, Meeks L, et al. Conducting health policy analysis in primary care research: turning clinical ideas into action. <i>Family Medicine and</i>

	санитарной помощи: воплощение клинических идей в действия	исследования Пап-теста после тотальной гистерэктомии.	<i>Community Health</i> 2019;7:e000076. doi: 10.1136/fmch-2018-000076
9	Основы тематических исследований семейной медицине общественном здравоохранении	Обсуждаются процедуры проведения тематического исследования и использованием шагов, проиллюстрированных на примере оценки деликатной экзаменационной программы.	https://fmch.bmj.com/content/7/2/e000074 Fàbregues S, Fetters MD. Fundamentals of case study research in family medicine and community health. <i>Family Medicine and Community Health</i> 2019;7:e000074. doi: 10.1136/fmch-2018-000074
10	Основы статистики для исследований области первичной медико-санитарной помощи	Содержит теорию и процедуры статистической оценки, важные для понимания семейными врачами при интерпретации литературы и проведении исследований.	https://fmch.bmj.com/content/7/2/e000067 Guetterman TC. Basics of statistics for primary care research. <i>Family Medicine and Community Health</i> 2019;7:e000067. doi: 10.1136/fmch-2018-000067
11	Основы качественного анализа семейной медицине	Освещает теорию и процедуры качественного анализа данных с помощью шагов, проиллюстрированных с помощью исследования различий в состоянии здоровья меньшинств.	https://fmch.bmj.com/content/7/2/e000040 Babchuk WA. Fundamentals of qualitative analysis in family medicine. <i>Family Medicine and Community Health</i> 2019;7:e000040. doi: 10.1136/fmch-2018-000040

Одной из основных проблем проведения исследований в общей практике является разрыв между научной теорией и содержанием повседневной работы врача общей практики. Интегрируя теоретические концепции, классификации, исследовательские парадигмы, доверительные интервалы, предвзятость и тщательное исследование с использованием научного метода при изучении аспектов повседневной практики, медицинских записей, консультаций, рецептов

и подходов к санитарному просвещению, врачи общей практики могут сочетать теорию и практику вместе и добиться практических улучшений.

Этапы проведения тематического исследования включают (1) проведение обзора литературы; (2) формулирование вопросов исследования; (3) обеспечение надлежащего тематического исследования; (4) определение типа дизайна тематического исследования; (5) определение границ случая(ов) и выбор случая(ев); (6) подготовка к сбору данных; (7) сбор и систематизация данных; (8) анализ данных; (9) написание отчета о тематическом исследовании; и (10) оценка качества. Тематическое исследование — очень гибкий и мощный исследовательский инструмент, доступный исследователям семейной медицины для различных применений [107].

Ряд исследовательских проблем возникает в условиях, относящихся к сфере первичной медико-санитарной помощи. Уход по месту жительства осуществляется в сельской, пригородной и городской местности в странах по всему миру. Амбулаторное лечение представляет собой место, где работают поставщики первичной медико-санитарной помощи. В амбулаторных условиях объем практики в первую очередь включает лечение общих проблем. Однако работа с общими проблемами не обязательно предполагает, что проблемы представляют собой тривиальные или легкие проблемы. Поставщики первичной медико-санитарной помощи заботятся о многих пациентах с множеством сложных проблем. Во многих странах они являются экспертами в оказании профилактических услуг, поскольку это составляет центральное направление практики первичной медико-санитарной помощи. Поставщики первичной медико-санитарной помощи предоставляют широкий спектр услуг. Действительно, обучение в резидентуре по семейной медицине уникальным образом готовит резидентов к уходу за людьми всех возрастов. Спектр их обучения охватывает уход за беременными, родами, новорожденными, детьми, подростками, взрослыми женщинами и мужчинами, а также уход за престарелыми и в конце жизни. Другие первичные поставщики также ориентируются на многие из этих же возрастных групп.

Барьеры для проведения исследований

Многим крупным академическим отделениям семейной медицины и общей медицины удалось конкурировать за крупное финансирование и развивать передовые исследования. Тем не менее, большинство поставщиков первичной медико-санитарной помощи работают на передовой в общественных программах или в условиях с минимальной инфраструктурой для обучения и проведения исследований в области семейной медицины. Эти ограниченные настройки исследовательской инфраструктуры можно определить, как любую среду обучения или практики, в которой есть ограниченное количество людей, имеющих опыт первоначального исследования. Такие настройки характеризуются ограниченной инфраструктурой, например, доступом к человеческим ресурсам для сбора данных, поддержкой анализа данных и наставниками, имеющими опыт работы в академическом предприятии.

Проведение исследований в условиях ограниченной исследовательской инфраструктуры является сложной задачей. Кроме того, практикующие семейные врачи, заинтересованные в проведении исследований в своей клинической практике, часто имеют ограниченные ресурсы, время или финансы и не могут проводить крупномасштабные проекты. В условиях ограниченной исследовательской инфраструктуры желанию провести исследование может помешать отсутствие доступа к методологическим справочникам с простыми и понятными инструкциями по проведению исследований или оценке общих проблем. Следовательно, ключевой вопрос для тех, кто находится за пределами пропорционально небольшого количества академических факультетов семейной/общей медицины в мире, заключается в том, как поддержать младших преподавателей, стипендиатов, резидентов, студентов-медиков или даже неопытных научных сотрудников с доступными рекомендациями для проведения исследований [108].

Исследования в ПМСП с использованием смешанных методов

Исследования первичной медико-санитарной помощи являются сложными и многогранными и исследования с использованием смешанных методов призваны дать новое понимание этой сложности [109].

Существует шесть этапов проведения исследования с использованием смешанных методов с использованием опросного исследования. При смешанных методах исследования с помощью опроса исследователи первичной помощи должны рассмотреть шесть шагов.

- Шаг 1. Сформулируйте обоснование изучения смешанных методов.
- Шаг 2. Детализируйте количественные и качественные базы данных.
- Шаг 3. Определите дизайн смешанных методов.
- Шаг 4. Проанализируйте и сообщите результаты количественных и качественных баз данных.
- Шаг 5. Представьте и покажите интеграцию.
- Шаг 6. Объясните ценность использования смешанных методов. Возможность комбинировать и интегрировать опросные исследования в смешанные методы исследования обеспечивает более строгий подход к исследованию, чем проведение только опроса или проведение только качественного интервью.

Интеграция методов QUAN и QUAL может оптимизировать широту и глубину исследования и помочь принять во внимание социокультурный контекст и реальную среду (рис. 6). В исследованиях с использованием смешанных методов собираемые данные являются более полными и обеспечивают более полное понимание проблемы и возможных решений.

Причины для проведения микст методов:

- усиление или развитие результатов QUAL с помощью результатов QUAN, и наоборот;
- обеспечить всестороннее понимание явления (например, переменных и точек зрения);

- триангулировать результаты;
- объединить различные точки зрения;
- облегчить выборку (например, используя опрос для отбора участников интервью);
- разработать и протестировать инструменты (например, разработать анкету с помощью фокус-групп).

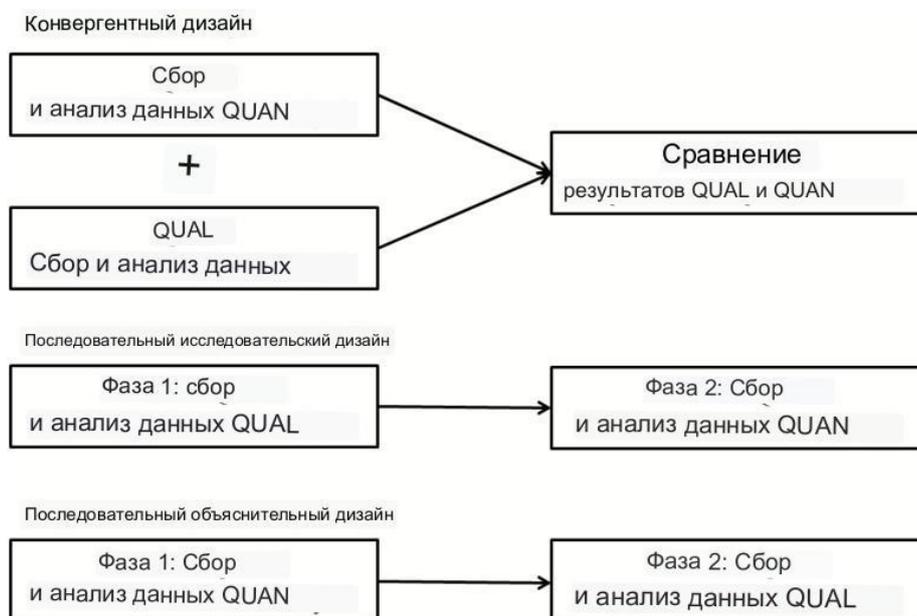


Рис. 6. Общие конструкции смешанного метода (Vedel I, Kaur N, Hong QN, et al. Why and how to use mixed methods in primary health care research. *Fam Pract.* 2019;36(3):365-368. doi:10.1093/fampra/cmy127)

Конвергентный дизайн смешанного метода

Этот дизайн сочетает в себе методы QUAL и QUAN на этапах сбора и анализа данных. Методы QUAL и QUAN обычно (но не обязательно) совпадают. Результаты QUAL и QUAN сравниваются или объединяются.

Последовательный дизайн смешанного метода

Этот дизайн включает две фазы, где сначала используется один метод (QUAL или QUAN), а его результаты информируют другой. Есть два подтипа последовательных планов:

- (i) *Последовательное исследование:* метод QUAN основывается на результатах, полученных с использованием метода QUAL. Например, сначала получают результаты QUAL, а затем методы QUAN используются для статистического обобщения результатов QUAL.
- (ii) *Последовательное пояснение:* метод QUAL основан на результатах, полученных с помощью метода QUAN. Например, сначала получают результаты QUAN, а затем методы QUAL, и результаты используются для интерпретации результатов QUAN.

Как выбрать подходящий дизайн исследования?

Выбор подходящего дизайна исследования требует логического и целенаправленного планирования. Два ключевых решения могут помочь при планировании конструкции смешанного метода [110].

- *Время применения методов QUAL и QUAN*
Определите, когда будут собираться данные QUAN и QUAL, например, при последовательном дизайне исследования исследователи неизбежно начинают со сбора и анализа данных QUAN или QUAL.
- *Уровень интеграции методов QUAL и QUAN*
Определите, произойдет ли смешение во время сбора данных, анализа данных или во время интерпретации. Интеграция - явная взаимосвязь методов QUAN и QUAL, имеет решающее значение в смешанном методе. Могут использоваться три основные стратегии интеграции: соединение фаз, сравнение результатов и усвоение данных (таблица 9) [111, 112, 113].

Таблица 4. Общие типы и стратегии интеграции, используемые в исследованиях смешанными методами

Типы интеграции	Стратегии интеграции
Соединение фаз	Связь результатов фазы QUAL со сбором данных фазы QUAN Связь результатов фазы QUAN со сбором данных фазы QUAL Следование за цепочкой
Сравнение результатов	Сравнение результатов QUAL и QUAN, полученных в результате отдельного сбора и анализа данных Сравнение результатов QUAL и QUAN, полученных в результате взаимозависимого сбора и анализа данных Сравнение расхождений результатов QUAL и QUAN
Ассимиляция данных	Преобразование данных QUAL в данные QUAN (количественная оценка) Преобразование данных QUAN в данные QUAL (квалификация) Объединение данных QUAL и QUAN

Исследования, ориентированные на первичную медико-санитарную помощь

Исследования и управление знаниями, включая распространение накопленного опыта, а также использование знаний для ускоренного расширения масштабов использования успешных стратегий по укреплению систем, ориентированных на

ПМСП [114]. Системы здравоохранения, политика, стратегии и рабочие планы должны опираться на самые современные доказательные данные об эффективности действий и методах их осуществления.

Основополагающее значение для предоставления этой информации имеют исследования систем здравоохранения и внедренческие исследования в отношении мероприятий, направленных на поддержку всех трех компонентов ПМСП. Этот операционный рычаг напрямую связан со всеми другими рычагами операционного механизма, поскольку системы здравоохранения и внедренческие исследования должны всесторонне содействовать созданию, упорядочению, распространению и использованию знаний, охватывающих все рычаги, в целях достижения прогресса в области ПМСП.

Исследования систем здравоохранения в области первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) — это область исследований, которая фокусируется на понимании и улучшении организации, предоставления и эффективности систем здравоохранения в контексте услуг первичной медико-санитарной помощи. Они направлены на получение основанных на фактических данных знаний и решений для улучшения общего функционирования, эффективности систем ПМСП.

Ключевые направления исследований систем здравоохранения ПМСП включают:

- **Организация системы здравоохранения.** Это включает изучение структуры и организации систем здравоохранения, включая модели управления, финансирования и предоставления услуг. Исследователи изучают, как эти факторы влияют на предоставление услуг первичной медико-санитарной помощи, и изучают способы усиления координации и интеграции на системном уровне.
- **Качество медицинской помощи.** Исследования в этой области оценивают качество и безопасность услуг ПМСП, изучая такие факторы, как компетентность поставщика медицинских услуг, соблюдение клинических руководств, ориентированность на пациента и безопасность пациента. Он направлен на выявление пробелов и разработку мероприятий по улучшению качества помощи, предоставляемой в учреждениях ПМСП.
- **Медицинские кадры.** В этой области основное внимание уделяется изучению кадров здравоохранения ПМСП, включая вопросы, связанные с наймом, обучением, распределением, удержанием и эффективностью. Исследователи изучают стратегии для решения проблемы нехватки рабочей силы, повышения квалификации и компетенции, а также улучшения рабочей среды для оптимизации предоставления услуг первичной медико-санитарной помощи.
- **Информационные системы здравоохранения.** Исследования в этой области изучают роль информационных систем здравоохранения в ПМСП, включая электронные медицинские карты, сбор и анализ медицинских данных и механизмы обмена информацией. Он направлен на улучшение доступности и

использования медицинской информации для принятия решений, мониторинга и оценки в учреждениях ПМСП.

- **Доступ и справедливость.** Исследования систем здравоохранения на ПМСП изучают вопросы доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи, включая географические, финансовые и социально-культурные барьеры. Он исследует стратегии по улучшению доступа для маргинализированных групп населения, сокращению неравенства и содействию справедливости в оказании медицинской помощи.
- **Вовлечение и участие сообщества.** В этой области основное внимание уделяется пониманию роли вовлечения и участия сообщества в ПМСП. Исследователи изучают способы вовлечения сообществ в процессы принятия решений, мероприятия по укреплению здоровья, а также разработку и оценку вмешательств ПМСП, чтобы обеспечить их соответствие потребностям и предпочтениям сообщества.
- **Политика и руководство в области здравоохранения.** Исследования в этой области посвящены изучению основ политики в области здравоохранения и механизмов управления, формирующих системы ПМСП. В нем исследуется реализация политики, эффективность и влияние реформ системы здравоохранения на предоставление услуг первичной медико-санитарной помощи.

В исследованиях систем здравоохранения на ПМСП используется ряд исследовательских методологий, в том числе качественные и количественные подходы, исследования с использованием смешанных методов, наука о внедрении и экономика здравоохранения. Результаты таких исследований способствуют принятию решений на основе фактических данных, разработке политики и планированию вмешательств для укрепления систем ПМСП и улучшения показателей здоровья на уровне сообществ.

Исследования внедрения, связанные с первичной медико-санитарной помощью, сталкиваются с несколькими ключевыми проблемами, в том числе:

- разработка стратегий для удовлетворения потребностей населения и приоритетов политики, а также для принятия эффективных подходов к установлению приоритетов;
- определение оптимальных способов взаимодействия с людьми, сообществами и другими заинтересованными сторонами из разных секторов в целях улучшения результатов в отношении здоровья;
- усиление внимания к справедливости, например, эффективному решению проблемы разрыва между городскими и сельскими районами или гендерным аспектам здравоохранения;
- обеспечение предоставления основных услуг во время чрезвычайных ситуаций;
- определение наилучших подходов к адекватному реагированию (с точки зрения, как лечение и профилактика) к проблемам, связанным с мультиморбидностью и неуместной полипрагмазией на разных платформах предоставления услуг;

- понимание качества медицинских услуг (включая эффективность, ориентированность на людей, своевременность, интеграцию, эффективность и безопасность) и оперативные исследования для оценки влияния вмешательств на улучшение этих измерений качества;
- оценка воздействия и наиболее эффективных способов предоставления услуг как в частном, так и в государственном секторах, включая оценку последствий для беспристрастности;
- разработка и поддержка моделей передачи знаний в целях сокращения разрыва в знаниях и содействия распространению знаний при внедрении и исследованиях систем ПМСП.

Учитывая, что исследования, ориентированные на сферу ПМСП, должны быть сосредоточены на всех трех ее компонентах, они также должны объединять широкий круг заинтересованных сторон из сектора здравоохранения, а также других секторов, отвечающих за области, которые влияют на здоровье людей, такие как образование, кадровые ресурсы или транспорт. В число соответствующих заинтересованных сторон, которые необходимо привлекать к исследованиям, входят финансирующие их организации (государственные и благотворительные), академические учреждения и исследовательские центры, учреждения по оценке медицинских технологий, научные общества, министерства, ответственные за науку и исследования, а также другие лица, ответственные за принятие решений на государственном уровне, и специалисты в области медико-санитарной помощи.

В максимально возможной степени сторонние исследователи должны поддерживать партнерские отношения с местными учреждениями и наращивать потенциал этих учреждений, с тем чтобы они могли руководить исследовательскими процессами. Кроме того, для понимания проблем, требующих проведения внедренческих исследований и разработки соответствующей исследовательской программы, важно в максимально возможной степени вовлекать в исследовательский процесс людей и сообщества с последующим сотрудничеством с ними в ходе распространения результатов исследований и, в конечном итоге, их применения на практике в процессе изменения политики [115, 116, 117].

При проведении исследований на основе широкого участия признается важный вклад, который вносят люди и сообщества в определение приоритетности различных вопросов, накопление знаний и принятие научно обоснованных мер в области здравоохранения, в частности [118]:

- ответы на вопросы, которые важны для сообществ, и помогают понимать социальные детерминанты здоровья;
- понимание того, как социальные роли и отношения влияют на производительность систем здравоохранения;
- укрепление связи и взаимного уважения между заинтересованными сторонами в здоровье, включая наиболее уязвимых и обездоленных;
- преодоление разрыва между знаниями и практикой;
- повышение достоверности результатов исследований;

- укрепление механизмов социальной ответственности.

Недостаточно просто провести определенное исследование. Крайне важно обеспечить распространение его результатов в целях информационного обеспечения политики и принятия решений. Способы распространения результатов исследований быстро изменяются, по мере того, как благодаря современным информационно-коммуникационным технологиям, открываются новые возможности, такие как вики-сайты и виртуальные модели получения знаний. Обмен успешными подходами и моделями имеет важное значение, но обмен примерами неудач также важен, с тем чтобы другие могли извлечь из них соответствующие уроки.

Политическая воля и лидерство, направленные на развитие ПМСП, являются благоприятными факторами не только для распространения вновь полученных знаний и опыта в области ПМСП, но и их отражения в руководстве, политике, стратегиях и планах. Из этого следует, что в рамках финансирования ПМСП в целом следует на устойчивой основе обеспечивать выделение достаточных средств для проведения ориентированных на ПМСП исследований в целях информационного обеспечения и ускорения процесса принятия решений и мер, связанных с рычагами системы ПМСП (таб. 10).

Таблица 10. Исследования, ориентированные на первичную медико-санитарную помощь: действия и мероприятия

<i>На политическом уровне</i>
Увеличить целевое финансирование исследовательского потенциала, ориентированного на первичную медико-санитарную помощь (например, в рамках научно-исследовательских институтов или школ) и целевое финансирование, в том числе для сложных систем исследований через стандартные и конкретные запросы предложений.
Принять эффективные модели передачи знаний, возможно, как часть конкретной компетенции научно-исследовательских институтов ПМСП.
Применять призму справедливости к исследованиям и оценке политики систем здравоохранения.
Разработать и внедрить подходы к совместному проведению исследований, ориентированных на первичную медико-санитарную помощь (включая исследовательские вопросы, дизайн, распространение и использование их результатов) с участием людей и сообществ, а также обеспечение участия людей и сообществ в качестве необходимого условия для получения доступа к финансируемым государством проектам.
<i>На операционном уровне</i>
Поддерживать развитие исследовательских сетей, ориентированных на первичную медико-санитарную помощь.
Поддерживать исследования по внедрению, чтобы информировать о расширении масштабов эффективных вмешательств и модели.

Привлекать сообщества к разработке общей программы исследований в области общественного здравоохранения.
<i>Люди и сообщества</i>
Выступать за вовлечение людей и сообществ в вопросы исследования, изучение разработка, проведение и распространение.
Участвовать, когда вводится участие общественности и пациентов (например, через общественные советы).

Наличие политических обязательств и выделение финансирования наглядно показывают, каким образом исследования, ориентированные на ПМСП, создают благоприятные условия для использования других рычагов и в свою очередь стимулируются ими.

В заключении можно сказать, что исследования в области семейной медицины, также известные как исследования в области первичной медико-санитарной помощи, имеют несколько отличительных черт, отличающих их от исследований в других медицинских областях, которые включают в себя:

1. *Комплексный подход.* Исследования семейной медицины сосредоточены на уходе за людьми на протяжении всей жизни, от новорожденных до пожилых людей. Он использует целостный и комплексный подход к пониманию и решению проблем со здоровьем в контексте семьи и сообщества.

2. *Продольная перспектива.* Исследования в области семейной медицины часто включают долгосрочное наблюдение и наблюдение за пациентами, что позволяет изучить исходы для здоровья и влияние вмешательств с течением времени. Эта лонгитюдная перспектива помогает охватить сложности хронических состояний и результаты профилактической помощи и мероприятий по укреплению здоровья.

3. *Контекстуальное понимание.* Исследователи семейной медицины признают важность учета социальных, культурных, экономических и экологических факторов, влияющих на здоровье и оказание медицинской помощи. Они стремятся понять контекст, в котором живут отдельные люди и семьи, и то, как это влияет на результаты их здоровья и опыт медицинского обслуживания.

4. *Ориентация на пациента.* Исследования в области семейной медицины отдают приоритет уходу, ориентированному на пациента, который включает вовлечение пациентов в процесс принятия решений, понимание их предпочтений и ценностей и адаптацию ухода к их уникальным потребностям. Мнения и опыт пациентов часто учитываются при разработке, реализации и оценке исследований.

5. *Мультиморбидность и сложность.* Пациенты семейной медицины часто имеют несколько хронических состояний, известных как мультиморбидность. Исследования в этой области направлены на решение проблем, связанных с управлением сложными состояниями здоровья и

потенциальными взаимодействиями между ними. Основное внимание уделяется оптимизации ухода за пациентами с многочисленными проблемами со здоровьем и улучшению результатов в реальных клинических условиях.

6. *Исследования в здравоохранении.* Исследования в области семейной медицины часто охватывают исследования в области здравоохранения, в ходе которых изучается оказание медицинской помощи, организация системы здравоохранения и политика в области здравоохранения. Они направлены на определение эффективных стратегий для улучшения доступа, качества и эффективности услуг первичной медико-санитарной помощи, а также для продвижения справедливости в отношении здоровья и сокращения неравенства в здравоохранении.

7. *Совместный и междисциплинарный характер.* Исследования в области семейной медицины часто предполагают сотрудничество с другими дисциплинами, такими как психология, социология, сестринское дело и общественное здравоохранение. Такой междисциплинарный подход способствует более широкому пониманию вопросов здравоохранения и способствует разработке всеобъемлющих и интегрированных вмешательств.

8. *Сети практических исследований.* Семейная медицина создала исследовательские сети, основанные на практике, которые включают сотрудничество между академическими исследователями и практиками первичной медико-санитарной помощи. Эти сети предоставляют возможности для проведения исследований в реальных условиях, получения доказательств, имеющих отношение к практике первичной медико-санитарной помощи, и содействия внедрению результатов исследований в клиническую практику.

В целом исследования в области семейной медицины направлены на улучшение здоровья и благополучия отдельных лиц, семей и сообществ путем решения уникальных проблем, возможностей первичной медико-санитарной помощи. Они делают упор на ориентированные на пациента, комплексные и контекстуально информированные подходы к оказанию медицинской помощи и стремятся внести свой вклад в доказательную базу для эффективных практик первичной медико-санитарной помощи.

ГЛАВА 7. МОДУЛЬ «СИНДРОМ КАШЛЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА»

Актуальность

Пациенты, жалующиеся на кашель, представляют одну из наиболее многочисленных групп в практике ВОП. К наиболее распространенным причинам обращения пациентов к врачу ВОП относится кашель. По поводу кашля обращаются за медицинской помощью в ПМСП до 10%, а в 40% населения страдают хроническим кашлем в течение жизни, что ухудшает качество жизни, социальные условия и снижается производительность труда [119].

Ведение пациента с кашлем требует от врача знания причины и триггеров, провоцирующих кашель. Лечение пациентов с кашлем требует понимания механизма кашлевого рефлекса, множественной природы его возникновения. Кашель является защитным рефлексом на раздражение рецепторов. Широкий анатомический диапазон кашлевых рецепторов является важным фактором при лечении кашля, поскольку этиология кашля, как правило, является многофакторной, а не из одного источника [120].

Классификация кашля

По длительности:

- Острый (до 3-х недель)
- Подострый (от 3 до 8 недель)
- Хронический (свыше 8 недель)

По присутствию бронхиального секрета:

- Продуктивный (влажный)
- Непродуктивный (сухой)

Причины острого кашля:

- ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция)
- Острый бронхит
- Пневмония
- Коклюш
- ТЭЛА (тромбоэмболия легочной артерии)
- Вдыхание раздражающих веществ
- Аспирация инородного тела
- Плеврит

Причины подострого кашля - «серая (переходная) зона»:

- Дебют начала хронического кашля
- Поствирусный кашель, который начинается с инфекции верхних дыхательных путей, продолжается больше 3 недель и разрешается самостоятельно в пределах 8 недель или дольше.

Причины хронического кашля:

- Бронхиальная астма
- ХОБЛ
- Синдром постназального затека
- Гастроэзофагеальный рефлюкс
- Прием лекарственных препаратов (ингибиторы АПФ, бета блокаторы)
- Опухоли
- Туберкулез
- Бронхоэктатическая болезнь
- Муковисцидоз
- Интерстициальные заболевания легких
- Сердечная недостаточность
- Невротические расстройства

Особенности наиболее часто встречающихся причин кашля в практике семейного врача

Острый бронхит

Кашель с гнойной/негнойной мокротой, разрешающийся самостоятельно через 5 дней - 3 недели у больных, не имеющих ХОБЛ. Кашлю предшествуют симптомы вирусной инфекции верхних дыхательных путей.

Может наблюдаться бронхообструктивный синдром со снижением ОФВ1 (объема форсированного выдоха за первую секунду - до 40% и транзиторная гиперреактивность бронхов.

Этиологически, в большинстве случаев, острый бронхит вызывается вирусами (80-95%):

- риновирусы,
- коронавирусы,
- вирусы гриппа А и В,
- респираторно-синцитиальный вирус,
- человеческий метапневмовирус.

Отсюда следует, что антибиотики при остром бронхите рутинно назначать не следует. При этом, зеленый цвет мокроты при отсутствии других признаков инфицирования нижних дыхательных путей не является поводом для назначения антибактериальных препаратов. Зеленый цвет мокроты не обязательно связан с бактериальным процессом, но также может наблюдаться и при вирусной инфекции, аллергическом воспалении в бронхах. Кроме того, в ряде крупных исследованиях было доказано, что назначение антибиотиков при остром бронхите не ускоряло выздоровление, не предотвращало осложнений острого бронхита, но увеличивало риск таких побочных явлений, как:

- тошноты,
- рвоты,

- диареи (инфекции вызванной *Clostridium difficile*),
- головной боли,
- аллергических реакций по сравнению с плацебо.

Тем не менее, именно острый бронхит остается лидирующей причиной необоснованного назначения антибиотиков во многих странах мира:

- в США антибиотики назначают в среднем 71% пациентов,
- в Испании - более 80%,
- в России эта цифра составила 96% (у детей).
- в Казахстане антибиотики назначались в 100% у взрослых и детей (по данным анализа амбулаторных карт, проведенном сотрудниками Ассоциации семейных врачей Казахстана).

В лечении острого бронхита применяются следующие подходы:

- Убеждать и успокоить, что у большинства больных симптомы острого бронхита в течение 1-3-х недель проходят самостоятельно.
- Тактика выжидания!
- Если пациент настаивает на назначении антибиотика, объяснить больному о возможных неблагоприятных последствиях их приема, обеспечить буклетами, где предлагаются способы контроля симптомов, обходясь без антибиотиков.

Пациентам, которых беспокоит кашель, рекомендуются леденцы от кашля, тёплое питье, мед, куриный бульон, избегать курения или пассивного вдыхания табачного дыма. Хотя эти вмешательства не были оценены в исследованиях, они имеют некоторую пользу, а побочные эффекты незначительны.

Любопытен факт, что, хотя назначение микстур и других средств от кашля, широко продаваемых в аптеках, не имеет доказательной базы в лечении острого бронхита, польза от них все же имеется. Их назначение с целью облегчения симптомов может помочь уменьшить необоснованное применение антибиотиков.

Поствирусный кашель

Поствирусный кашель вызывается чрезмерной гиперсекрецией слизи, транзиторной гиперреактивностью воздушных путей и кашлевых рецепторов. Кашель продолжается 3-8 недель и разрешается самостоятельно. При этом у пациента нормальная рентгенологическая картина легких. При поствирусном кашле требуется проводить дифференциальную диагностику с коклюшем.

Коклюш

Это инфекционное заболевание, вызванная грамотрицательной бактерией *Bordetella pertussis*. При коклюше кашель длится ≥ 2 недель. Кашель может быть сильным приступообразным, со звуком, издаваемым при глубоком вдохе (реприз), рвотой после кашля. Однако у взрослых и подростков часто протекает в виде «затяжного непонятного кашля» или бессимптомно (в отличие от детей). В лечении коклюша применяются антибиотики – макролиды.

Лабораторная диагностика коклюша:

- Культуральный метод на *Bordetella pertussis* из носоглотки (метод специфичен, но чувствительность 25-50%).
- ПЦР (чувствительность 25-50%). Не существует общепринятого, проверенного метода для рутинного клинического тестирования, поэтому ПЦР не рекомендуется.
- ИФА: увеличение в 4 раза IgG или IgA к коклюшному токсину или филаментозному гемагглютину.

Кашлевой вариант астмы

Кашлевой вариант астмы - это наиболее частая причина хронического кашля в практике семейного врача. Тем не менее, в амбулаторной практике у таких пациентов, как правило астму, «не распознают». Выставляя ошибочные диагнозы «бронхит», «обструктивный бронхит» или «обострение хронического бронхита», врачи назначают антибиотики, такие как: амоксициллин, амоксициллин с клавулановой кислотой, цефазолин, ципрофлоксацин, азитромицин и даже антибиотик стационарного уровня – цефтриаксон. В ряде случаев, одному и тому пациенту назначают неоднократные курсы антибиотиков. Результатом этого является сенсбилизация организма, развитие различных побочных эффектов, нарушение микробиоты кишечника, снижение иммунитета. Все это ухудшает течение астмы.

- Кашель сухой или малопродуктивный, частый, разной степенью интенсивности, нарушает дневную активность и сон.
- Провоцируется холодным воздухом, гипервентиляцией, вирусными инфекциями, резкими запахами.
- Плохо поддается терапии бронхолитиками.
- Отрицательный бронходилатационный тест.
- Положительный провокационный тест (с метахолином или гистамином).
- Хороший ответ на терапию ингаляционными кортикостероидами. Рекомендована пробная терапия ИКС в средних дозах в течение 4-х недель (класс рекомендаций А).

Пример истории болезни пациентки с кашлевым вариантом астмы

На прием обратилась молодая женщина 32 лет. аудитор, замужем. Жалобы на интенсивный, периодами приступообразный сухой кашель, возникающий в течение дня, и ночью.

Анамнез заболевания: считает себя больной около 3-х месяцев. Когда после перенесенной ОРВИ появился упорный сухой кашель, возникающий чаще вечером, перед сном. Кашель провоцировался физической нагрузкой, резкой переменной температуры воздуха (выход на холод), после эмоциональной нагрузке. По поводу кашля лечилась у участкового врача с диагнозом «острый трахеобронхит», где получала амоксициллин/клавуланат, отхаркивающие, щелочные ингаляции. Кашель не проходил, вскоре появилось чувство «заложенности в груди». При повторном обращении в поликлинику, пациентке был назначен «другой антибиотик в инъекциях» - цефтриаксон. После чего у

пациентки появился зуд и творожистые выделения из влагалища, зудящая сыпь на предплечьях рук. Пациентка самостоятельно отменила цефтриаксон. Дома начала «лечиться самостоятельно»: принимала ингаляции с «Боржомом», «Амбробене», которые кратковременно, незначительно облегчали состояние.

Пациентка считает, что подобный кашель, стеснение в груди возникли впервые. Однако при тщательном расспросе она вспомнила, что в детстве не однократно были эпизоды одышки, свистящего дыхания. Маме пациентке советовали поменять климат. Дважды перенесла пневмонию в 8 и 12 лет. В эти периоды отмечалось свистящее дыхание.

Последний год, как вышла замуж, отмечает, что после употребления ананасов, некоторых видов конфет, возникает зудящая сыпь на лице, животе, руках.

Анамнез жизни: родилась доношенной, с нормальным весом. Туберкулез и контакт с туб. б-ми отрицает. Флюорографию проходит ежегодно. Вредных привычек не имеет. Наследственность не отягощена. Живет с мужем в благоустроенной квартире в новом доме. Муж не курит.

Данные объективного осмотра и обследования:

Состояние удовлетворительное, психический статус без особенностей. Нормального телосложения и питания, ИМТ 23. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Дыхание через нос свободное. Зев чистый. ЧД 17 в 1 мин в покое. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Аускультативно в легких в покое хрипы не выслушиваются, но при форсированном выдохе появились единичные в нижнебоковых отделах легких. Тоны сердца ясные ритмичные, АД 115/70 мм рт ст, пульс 82 в 1 мин.

В поликлинике сдавала общий анализ крови и общий анализ мочи - без отклонений от нормы. Рентгенография грудной клетки (проведена в поликлинике). Заключение: «хронический бронхит». Пациентке, клинически (на основании жалоб, анамнеза и осмотра) был выставлен окончательный диагноз: Астма частично контролируемая форма. Кашлевой вариант. Пищевая аллергия и лекарственная аллергия (на цефтриаксон) по типу крапивницы.

Был назначен ингаляционный кортикостероид – циклесонид в дозе 80 мкг в сутки в течение 3-х месяцев, с обязательным полосканием горла водой после каждой ингаляции, беродуал 1-2 дозы по потребности (при кашле, заложенности в груди). Исключить пищевые аллергены из рациона. В динамике наблюдения: уже через 5 дней от начала лечения у пациентки полностью прошел кашель.

На данном клиническом примере показано:

- Проблема гиподиагностики астмы врачами ПМСП.
- Неэффективность и вред антибиотиков у пациентки с кашлевым вариантом астмы.
- Кашель провоцируется триггерами.
- Положительный аллергоанамнез.
- Диагноз астмы может выставлять врач общей практики клинически.
- Ингаляционные кортикостероиды проявляют свой эффект уже в течение нескольких дней до 10 дней.

У данной пациентке опытный специалист поставил астму клинически, но в помощь семейным врачам для выявления обструкции бронхов может быть предложена спирометрия с проведением пробы с бронхолитиком, которая у некоторых пациентов может оказаться положительной (рис. 7). Т.е. прирост ОФВ1 через 20 минут после ингаляции бронхолитика будет > 12% и > 200 мл от исходного показателя ОФВ1, при нормальном соотношении ОФВ1/ФЖЕЛ (0,7-0,8).

В качестве бронхолитика мы использовали сальбутамол в дозе 400 мкг (4 впрыска) в виде дозированного аэрозоля, подаваемого через спейсер (последовательно каждая доза).

ndd Medical Technologies

300 Brickstone Square, Andover, MA

MASHANLO

Gender **Female** Height **62.2 in** Age: **51 (3/14/1966)** Asthma **No**
 Ethnicity **Asian** Weight **143 lb** BMI **26** COPD **--**
 Smoker **No**

ID: 110 Age: 51 (3/14/1966)

FVC (ex only)

Test Date **10/10/2017 11:08:36 AM** Interpretation **Morris 71 * 1.00** Value Selection **BTPS (IN/EX)** Best Trial **1.00/1.02**
 Post Time **10/10/2017 11:50:28 AM** Predicted **Morris 71 * 1.00**

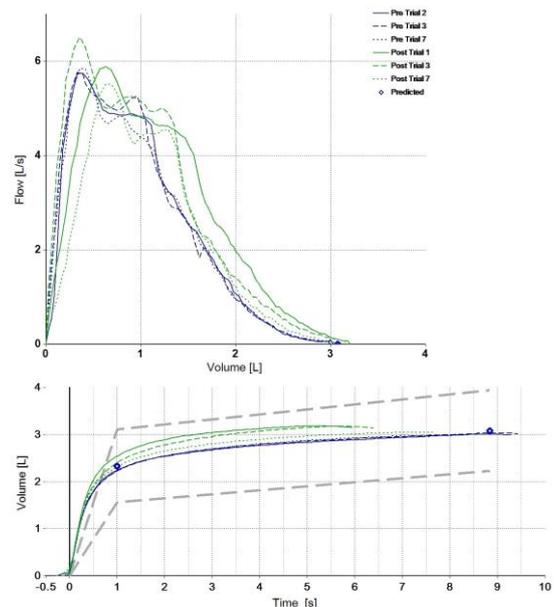
Your FEV1 / Predicted: 96%

Parameter	Pred	LLN	Best				Best				%Pred	%Chg
			Trial 2	Trial 3	Trial 7	%Pred	Trial 1	Trial 3	Trial 7	%Pred		
FVC [L]	3.08	2.22	3.01	3.03	2.97	98	3.18	3.18	3.05	103	6	
FEV1 [L]	2.33	1.56	2.24	2.22	2.23	96	2.54	2.40	2.31	109	13*	
FEV1/FVC	0.752	0.640	0.745	0.734	0.750	99	0.798	0.757	0.758	106	7	
FEF25-75% [L/s]	2.75	1.44	1.71	1.59	1.75	62	2.49	1.94	1.91	90	46	
PEF [L/s]	-	-	5.75	5.76	5.85	-	5.89	6.51	5.52	-	2	
FET [s]	-	-	8.8	8.8	7.1	-	5.1	5.5	7.0	-	-42	

Session Quality
 Pre A (FEV1 Var=0.05L (2.0%); FVC Var=0.02L (0.6%))
 Post B (FEV1 Var=0.14L (5.3%); FVC Var=0.01L (0.2%))

System Interpretation
 Pre Normal Spirometry
 Post Normal Spirometry

Overall Syst. Interpret. Significant pre - post change



110 10/10/2017

Рис. 7. Пример спирограммы, у пациентки с кашлевым вариантом астмы

На данной спирограмме (рис.7) мы видим, что, хотя до бронхолитика ОФВ1 в пределах нормы, то после ингаляции бронхолитика он прирос на 13% и 300 мл, т.е. у пациентки отмечалась «скрытая» бронхиальная обструкция. Проба «положительная». При этом соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ после бронхолитика > 0,7, что исключает ХОБЛ (хроническую обструктивную болезнь легких) у пациентки.

На следующей спирограмме (рис. 8) показано, что до бронхолитика отмечается снижение ОФВ1(55% от должного) и ФЖЕЛ (60% от должного). Т.е. у пациентки была бронхиальная обструкция.

ndd Medical Technologies

300 Brickstone Square, Andover, MA

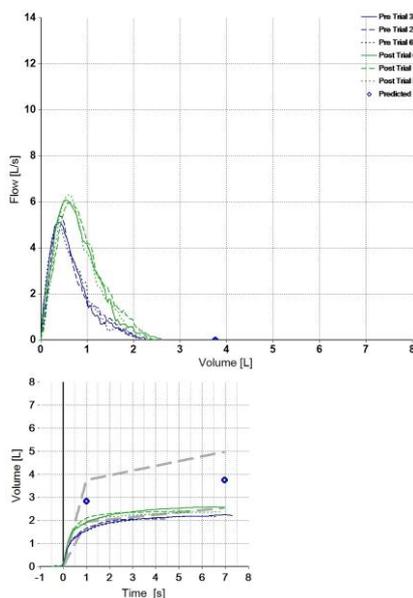
DADAYEV

Gender **Male** Height **63 in** ID: **109** Age: **53 (2/8/1964)**
 Ethnicity **Caucasian** Weight **179 lb** BMI **31.6** Asthma **No**
 Smoker **No** COPD **--**

FVC (ex only)

Test Date **9/14/2017 9:26:15 AM** Interpretation **GOLD(2003)/Hardie** Value Selection **Morris 71** Best Trial **1.00/1.02**
 Post Time **9/14/2017 9:56:45 AM** Predicted **Morris 71** BTPS (IN/EX)

Parameter	Pred	LLN	Best			%Pred	Best			%Pred	%Chg
			Trial 3	Trial 2	Trial 6		Trial 6	Trial 1	Trial 5		
FVC [L]	3.76	2.54	2.24*	2.07*	2.17*	60	2.58	2.40*	2.37*	69	15*
FEV1 [L]	2.84	1.93	1.57*	1.66*	1.54*	55	1.92*	2.10	1.93*	68	22*
FEV1/FVC	0.746	0.618	0.702	0.806	0.707	94	0.742	0.873	0.816	100	6
FEF25-75% [L/s]	3.09	1.25	1.02*	1.50	1.00*	33	1.40	2.50	2.11	45	38
PEF [L/s]	-	-	5.13	5.40	5.02	-	6.11	5.99	6.33	-	19
FET [s]	-	-	7.0	4.5	6.1	-	6.4	5.3	6.8	-	-8
Session Quality	Pre	A (FEV1 Var=0.09L (5.4%); FVC Var=0.07L (3.1%))									
	Post	C (FEV1 Var=0.16L (7.9%); FVC Var=0.18L (7.0%))									
System Interpretation	Pre	Restriction probable; further examination recommended									
	Post	Normal Spirometry									
Overall Syst. Interpret.	Significant pre - post change										



109 9/14/2017

Рис. 8. Пример спирограммы, с обструкцией и положительной пробой на бронхолитик у пациента с астмой.

Однако после ингаляции бронхолитика отмечается значимый прирост ОФВ1 на 22% и 340 мл. Прирост также и ФЖЕЛ на 15%. Проба «положительная». При этом соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ после бронхолитика $> 0,7$, что исключает ХОБЛ.

Следует отметить, что часто у пациентов с кашлевым вариантом астмы тест на бронхолитики может быть отрицательным. Поэтому следует помнить, что нормальная спирограмма и отрицательная проба с бронхолитиком не исключают астму.

Следующий пример спирограммы (рис. 9) демонстрирует, что до и после ингаляции бронхолитика ОФВ1 в норме, прирост после бронхолитика всего 5%. Проба отрицательная.

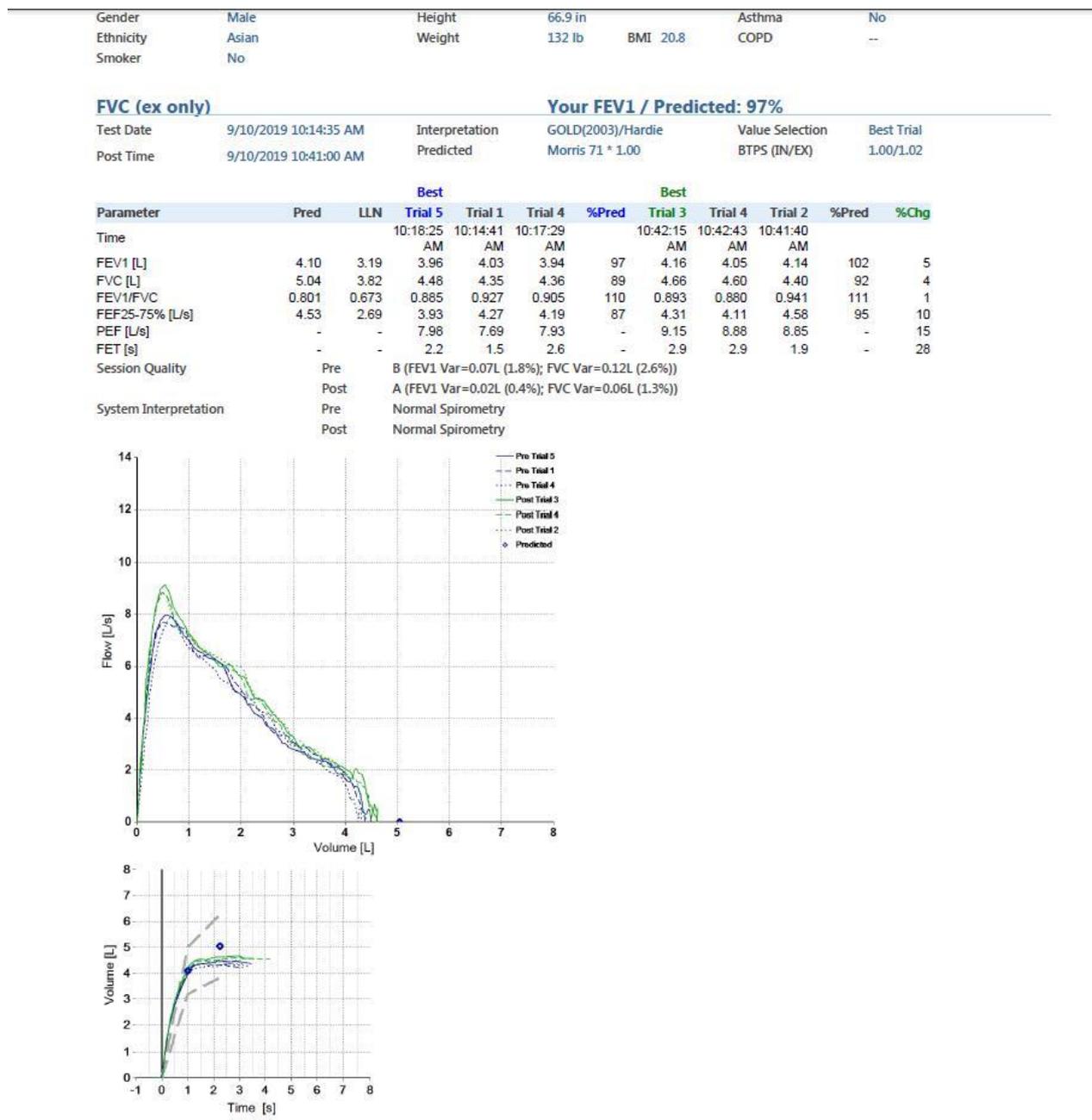


Рис. 9. Пример нормальной спирограммы и отрицательной пробы с бронхолитиком у пациента с кашлевой астмой:

Дифференциальная диагностика

Синдром постназального затекания

Кашель обусловлен воспалительным процессом верхних дыхательных путей, аллергическим ринитом, при котором отделяемое из носа стекает по задней стенке глотки в трахеобронхиальное дерево. Характерно выделения из носа, постоянное першение или ощущение секрета в глотке. Кашель сухой, преобладает в ночное время и утренние часы, усиливается в положении лежа на спине. ВОП при осмотре глотки может увидеть стекание слизистого отделяемого из носа по задней стенке глотки.

Диагностика: консультация ЛОР, рентген, КТ околоносовых пазух, аллергологическое обследование. С целью дифференциальной диагностики кашля, вызванного постназальным затеком, предлагается терапия ex juvantibus. Сюда входит:

- Комбинация антигистаминных препаратов 1 генерации (супрастин, тавегил) с деконгестантами. Препараты 2 и 3 поколения имеют недостаточную холиноблокирующую активность и их терапевтическая эффективность вариабельна.
- Эффективны интраназальные кортикостероиды (бекламетазон, будесонид, мометазон, флутиказон), назначать 2 недели. Эти препараты не эффективны при простуде.

Гастроэзофагеальный рефлюкс

Кашель сухой, возникает после приема пищи, особенно острой, кислой или еды всухомятку. Так же - при укладывании в постель (в горизонтальном положении), или утром после подъема с постели. Кашель редко нарушает сон. Изжога, отрыжка, жжение за грудиной бывают не всегда и отсутствуют у половины больных с рефлюксным кашлем. ГЭРБ случайно выявляется на ЭФГДС.

При осмотре зева - признаки атрофического фарингита (бледность слизистых с просвечивающимися сосудами). Диагностика: ЭФГДС (проявления эзофагита), суточный мониторинг рН метрия.

Кашель на фоне приема ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)

- Кашель может возникать сразу или в течение первого месяца лечения ИАПФ или позже.
- Кашлю предшествует чувство першения в глотке.
- Исчезновение кашля после отмены препарата (через 2 – 4 недели, а иногда до 3-х мес) позволяет считать, что кашель имеет лекарственное происхождение.
- В механизме предполагается усиление бронхиальной гиперреактивности, повышение концентрации медиаторов воспаления, усиление исходно имеющейся гиперчувствительности кашлевых рецепторов.

Симптомы «тревоги» у пациента с кашлем (обратить внимание!)

- Кровохаркание
- Присоединение одышки, особенно в покое, ночью.
- Появление осиплости голоса
- Изменение характера существующего кашля у курильщиков.
- Обильное выделение мокроты
- Лихорадка, беспричинное похудание,
- Анемия

Появление хотя бы одного симптома тревоги у кашляющего пациента требует тщательного и полноценного обследования у кашляющего пациента. К ним относятся:

- расширенное лабораторное обследование,
- ларингоскопия,
- рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях,
- КТ органов грудной клетки (при необходимости с контрастированием),
- рентгенография пазух носа,
- КТ пазух носа,
- риноскопия с цитологическим исследованием мазка слизистой носа,
- бронхоскопия,
- спирометрия с проведением пробы с бронхолитиком,
- исследование мокроты (микроскопия, бактериологическое обследование),
- мокрота на тест Xpert MTB,
- УЗИ щитовидных желез,
- ЭФГДС,
- ЭКГ,
- ЭхоКГ,
- диагностическая пункция плевры,
- торакоскопия с биопсией.

Как видно, *кашель относится к мультидисциплинарным проблемам* медицины, так как вызывается широким спектром причин, что затрудняет их верификацию. В ряде случаев для диагностики причин кашля могут потребоваться консультации таких специалистов, как:

- пульмонолог,
- ЛОР врач,
- гастроэнтеролог
- кардиолог,
- фтизиатр
- онколог,
- ревматолог,
- невропатолог,
- психиатр,
- эндокринолог

Однако, дифференциальный диагноз кашля начинается с врача общей практики, который, лучше и давно знает своего пациента, обладает «широким» клиническим мышлением и взглядом на проблему в целом. Поэтому в большинстве случаев причины кашля могут диагностироваться в условиях ПМСП.

- Чаще всего (80-85%) причины хронического кашля могут быть установлены путём расспроса и физикального обследования пациента.
- Лишь у 15-20% пациентов для постановки диагноза необходимо углубленное лабораторное и инструментальное исследование.
- У 25% больных кашель имеет несколько причин.
- В 20% случаев причину кашля выяснить не удастся, даже после тщательного обследования.

Стратегии диагностического поиска причин кашля (ERS):

1. Стратегия расширенного обследования (“test all, then treat”) – использование всего диагностического арсенала для выявления одной или нескольких этиологических причин хронического кашля с последующим целенаправленным лечением. Такой подход, более дорогостоящий, но сокращает сроки терапии и быстрее приводит к положительному результату.
2. Стратегия (“treating sequentially”) – последовательная пробная терапия «триады» наиболее частых причин кашля:



Такой подход к дифференциальной диагностике менее затратен и более доступен. Выбор стратегии осуществляется индивидуально у каждого пациента. На рис. 10 приведен алгоритм диагностики хронического кашля у взрослых.

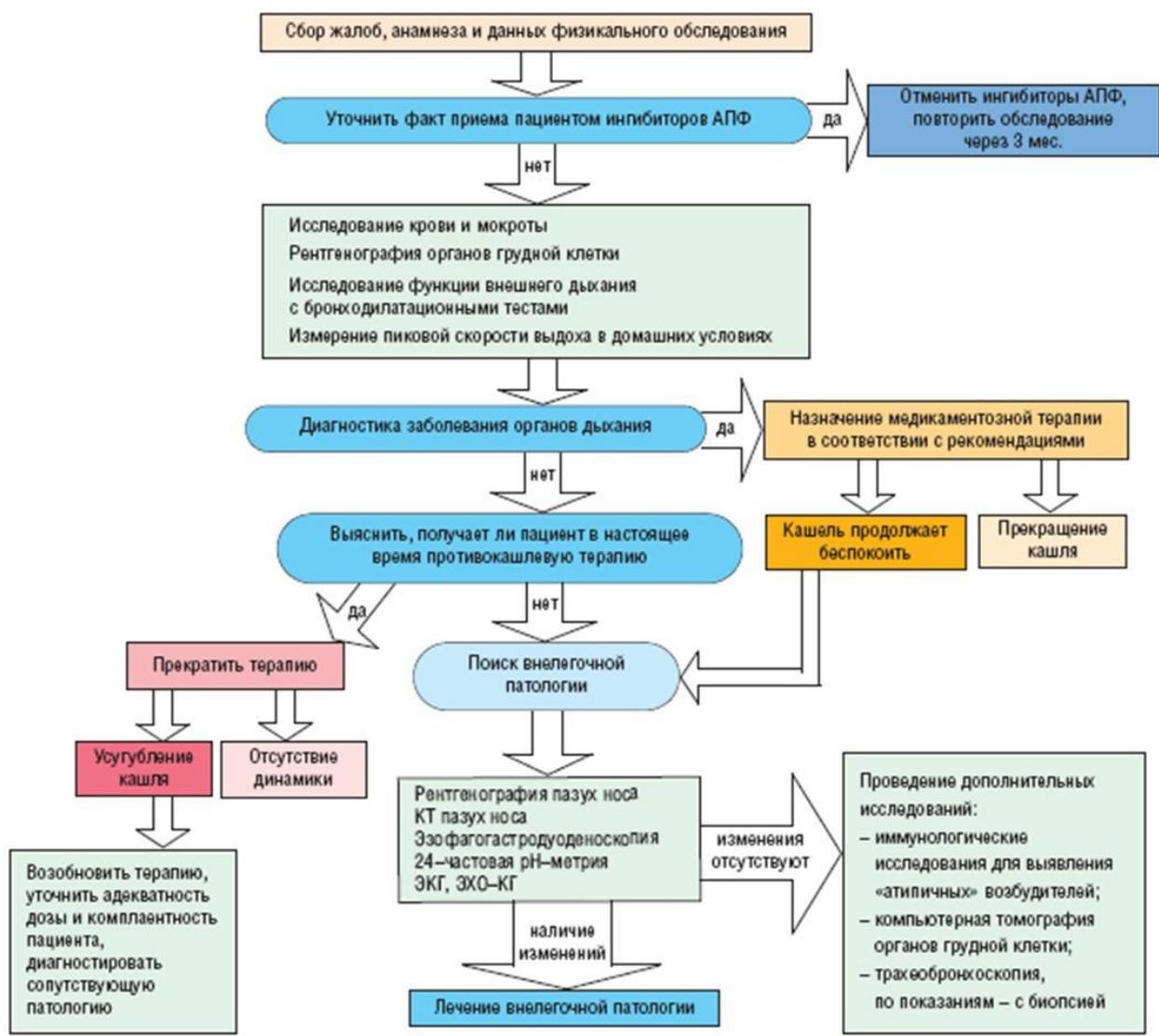


Рис. 10. Алгоритм диагностики хронического кашля у взрослых

Выводы

- В практике семейного врача чаще всего хронический кашель является проявлением бронхообструктивного синдрома.
- Антибиотики в большинстве случаев у пациентов с хроническим кашлем назначать не следует.
- Лечение хронического кашля зависит от причинного заболевания (например, астма, ринит, ГЭРБ).

Ситуационные задачи и тестовые вопросы по модулю «Синдром кашля в практике семейного врача»

Задача 1

На прием к семейному врачу обратился мама с сыном подростком 14 лет. Жалобы на сухой кашель разной интенсивности, возникающий в любое время суток.

Кашель беспокоит около 4-х недель, после перенесенной ОРВИ. По настоянию встревоженной мамы педиатром был сделан рентген грудной клетки (норма) и назначен амоксициллин в течение 5 дней. Так же мальчик получал «Амбробене», сироп от кашля. Однако кашель сохранялся. Мама обратилась к врачу, чтобы ее ребенку назначили «более сильный и эффективный антибиотик».

Данный кашель возник впервые в жизни. Аллергоанамнез спокойный. Наследственность: у отца псориаз. Эпид. окружение по дому и в школе чистое.

При объективном осмотре: ребенок активный, температура нормальная, зев чистый. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Вопросы:

1. Нуждается ли пациент в дополнительном обследовании? Если «да», то в каком?
2. Какова наиболее вероятная причина кашля? Как сформулировать диагноз?
3. Нужно ли назначать другой антибиотик? Почему?
4. Какое лечение порекомендуете?
5. Что важно объяснить маме и ее сыну во время беседы?

Ответы:

1. Пациент в дополнительном обследовании не нуждается.
2. Поствирусный кашель
3. Антибиотики назначать не следует, так как они неэффективны и небезопасны.
4. Лечение: увлажнение воздуха, обильное теплое питье с целью разжижения мокроты, винтолин через небулайзер или спейсер при кашле.
5. Объяснить причину кашля, избегать напрасного назначения антибиотиков.

Задача 2

На прием к семейному врачу обратился молодой человек 25 лет, госслужащий. Жалобы на периодически возникающее першение в горле, сопровождающееся сухим назойливым кашлем. Кашель может возникать в любое время суток, но во время сна не беспокоит. Точно не может сказать, что провоцирует кашель, но иногда кашель возникает, когда пациент меняет положение тела из вертикального в горизонтальное и наоборот. По утрам отмечает неприятный запах из рта.

Кашель появился около 6 месяцев назад. Лечения не получал. 10 месяцев назад проходил ФГ – норма. К врачу обратился по настоянию супруги для проведения спирометрии.

Аллергоанамнез спокойный, наследственность не отягощена. Вредных привычек нет.

Объективно: дыхание через нос свободное. При осмотре зева: слизистая бледно-розовая, четко просвечивают кровеносные сосуды. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Спирометрия в норме. Проба с бронхолитиком отрицательная.

Вопросы:

1. Нуждается ли пациент в дополнительном обследовании? Если «да», то в каком?
2. Какова наиболее вероятная причина кашля? Как сформулировать диагноз?
3. Какое лечение назначить?

Ответы:

1. ЭФГДС, консультация ЛОР врача
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь средней степени тяжести, с внепищеводными проявлениями. Атрофический фарингит.
3. Немедикаментозное и медикаментозное лечение ГЭРБ (ингибиторы протонной помпы, прокинетики).

Задача 3

К врачу обратилась женщина 38 лет, домохозяйка с жалобами на периодически приступообразный сухой кашель в ночное время, днем при контакте с моющими средствами, парфюмерией, с холодом, при сильном смехе, а иногда – без причины. Также беспокоит заложенность носа, чихание, слизистые выделения из носа, зуд и покраснение глаз в сезон с апреля по август. Физическая активность не нарушена. Кашель появился последние 2 года, ни с чем не связывает. По совету врача кашель пыталась купировать сальбутамолом, однако выраженного эффекта не отмечала. Также принимала противокашлевые сиропы – без эффекта.

Обследовалась у терапевта: R грудной клетки, общий анализ крови – норма.

В анамнезе: в детстве частые простудные заболевания. Страдает АГ, по поводу чего последние 6 месяцев принимает амлодипин/валсартан 5/80 мг. Наследственность: не знает. Вредных привычек нет.

При объективном осмотре, аускультации сердца и легких каких-либо отклонений не выявлено.

Проведена спирометрия: нормальная функция внешнего дыхания. Проба с бронхолитиком отрицательная.

Вопросы:

1. Нуждается ли пациентка в дополнительном обследовании? Если «да», то в каком?
2. Какова наиболее вероятная причина кашля? Как сформулировать диагноз?
3. Какое лечение надо назначить для подтверждения диагноза?

Ответы:

1. Рекомендовано направить в аллергоцентр для обследования на аллергены и проведения специфической иммунотерапии.
2. Астма частично контролируемая форма. Кашлевой вариант. Поллиноз с проявлениями риноконъюнктивита.
3. Назначить ингаляционные кортикостероиды на 4 недели, затем оценить состояние.

Задача 4

На приеме женщина 58 лет, состоит на учете с диагнозом: АГ. ИБС. СН 2 ФК. Сахарный диабет 2 типа. Хронический атрофический гастрит. Жалобы на легкое першение в горле после чего возникает сухой разной интенсивности кашель. Симптомы возникают в любое время суток, больше ночью.

Кашель появился около 2-х месяцев назад, ни с чем не связывает. Температура тела не повышалась, на R грамме грудной клетке: заключение хр. бронхит.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отеков нет, ИМТ 31 кг/м², АД 150/90 мм рт. ст. В легких дыхания ослаблено за счет выраженной подкожно-жировой клетчатки. Единичные сухие хрипы при форсированном дыхании.

На ЭКГ: ритм синусовый правильный с ЧСС 75 в 1 мин. Горизонтальная ЭОС. Гипертрофия левого желудочка.

Вопрос:

1. Какова должна быть тактика врача для выяснения причины кашля?

Ответы:

1. Первый вопрос, который следует задать пациентке: какие препараты получает и нет ли среди них иАПФ? Если получает иАПФ, спросить как долго и сопоставить с длительностью возникновения кашля.
2. Отменить иАПФ. Если кашель вызван приемом этих препаратов, то он самостоятельно пройдет через несколько дней – несколько недель.

Задача 5

На приеме молодой человек 22 лет, студент. Жалобы на постоянное першение в горле, ощущение «комка» в горле, малопродуктивный кашель, иногда мучительный до рвоты. Симптомы беспокоят в основном в ночное время и утренние часы - после пробуждения, усиливаются в положении лежа на спине.

По утрам после кашля отмечается выделение нескольких слизистых сгустков. После выделения комочков слизи кашель стихает.

Кашель беспокоит последние 3 месяца, температура тела не повышалась. Недавно проходил ФГ – норма. Периодически подобные эпизоды кашля отмечает с 16 лет.

Вопросы:

1. Какова вероятная причина кашля с учетом клинических проявлений?
2. Какова должна быть пошаговая тактика врача для выяснения причины кашля?

Ответы:

1. Синдром постназального затекания
2. Расспросить о носовых симптомах: заложенность, выделения из носа, зуд в носу, чихание. Имеется ли связь симптомов с сезонами цветения. Осмотреть заднюю стенку глотки: можно увидеть слизистые тяжи из носоглотки за мягким небом. Консультация ЛОР, рентгенография пазух носа, КТ околоносовых пазух, при необходимости аллергологическое обследование. Терапия ex juvantibus: комбинация антигистаминных препаратов 1 генерации с деконгестантами, интраназальные кортикостероиды на 2 недели.

Тест 1

В «триаду» наиболее часто встречающихся причин кашля входит:

- a) Острый бронхит-астма-синдром постназального затекания
- b) Астма-синдром постназального затекания-прием ИАПФ
- c) Астма- синдром постназального затекания-ГЭРБ
- d) Поствирусный кашель-кашлевой вариант астмы-острый бронхит
- e) Астма-ГЭРБ-синдром постназального затекания

Тест 2

Характерными признаками кашлевого варианта астмы является следующее:

- a) Кашель легко купируется бронхолитиками
- b) Проба с бронхолитиком по спирометрии может быть отрицательной
- c) Помимо кашля беспокоит одышка, дистанционные свисты в груди
- d) Малоэффективны ингаляционные кортикостероиды
- e) Всегда сочетается с аллергическим ринитом

Тест 3

Антибиотики при остром бронхите в большинстве случаев НЕ показаны по следующим причинам:

- a) Не эффективны
- b) Вызывают побочные эффекты: диарея, аллергия, диспепсия
- c) Назначение их у маленьких детей повышает риск развития астмы в будущем
- d) Все вышеперечисленное
- e) Пациенты отказываются применять антибиотики

Тест 4

Характерным признаком кашля, вызванного гастроэзофагеальным рефлюксом является:

- a) Кашель возникает при перемене положения тела: например, при приеме горизонтального положения или после вставания с постели, при ходьбе.
- b) Кашель часто нарушает сон, вынуждает пациента просыпаться.
- c) Кашель всегда сопровождается отрыжкой, изжогой, чувством кислого во рту.
- d) Бронхолитики высокоэффективны для купирования кашля.
- e) Все вышеперечисленное

Тест 5

Насколько вероятно, что семейный врач может установить причину хронического кашля самостоятельно, на основании данных жалоб, анамнеза и физикального осмотра?

- a) Невозможно, так как требуется всестороннее обследование пациента.
- b) Вероятно на 50%
- c) Вероятно на 5%
- d) Вероятно на 80-85%
- e) Вероятно на 20%

Тест 6

К ВОП обратился пожилой мужчина 67 лет. Курильщик с большим стажем. В настоящее время выкуривает пол пачки сигарет в день.

Жалобы на кашель разной интенсивности с выделением вязкой мокроты желтого цвета или прозрачной. При надсадном кашле бывают прожилки крови в мокроте. Также отмечает слабость, похудание, одышку при ходьбе.

В анамнезе: В течение 7 лет состоит на Д учете с диагнозом ХОБЛ. Регулярно принимает тиотропия бромид («Спирива Респимат») и Будесонид/формотерол («Симбикорт»). Последние 3 месяца заметил изменение состояния: кашель стал более мучительным, отхождение мокроты не приносило облегчение, как раньше. Появилась вязкость мокроты и прожилки крови. Похудел, усилилась одышка. ФГ проходил 8 месяцев назад (в заключении – ХОБЛ).

При физикальном осмотре: Кожные покровы на лице с землистым оттенком, акроцианоз. Ногти на кистях в виде часовых стекол. ИМТ 20, отеков нет. ЧД 20 в 1 мин, АД 140/90, пульс 89 в 1 мин. В лёгких аускультативно: справа под лопаткой локальный участок ослабления дыхания, сухие на выдохе хрипы по всем полям. Тоны сердца б/о.

ОАК: Нб 85 г/л, эр $3,6 \times 10^{12}$, лейкоциты 11×10^9 , лейкоформула б/о, СОЭ 42 мм/ч. ОАМ, АЛТ, АСТ, билирубин в норме. Сахар крови 5,1 ммоль/л. Креатинин 80 мкмоль/л.

На какой вид обследования должен направить ВОП этого пациента в первую очередь?

- a) КТ грудной клетки
- b) Цитология мокроты

- c) Фибробронхоскопия
- d) Рентген грудной клетки в 2-х проекциях
- e) Онкомаркеры: NSE (нейронспецифическая энолаза), CYFRA21.1 и РЭА (раково-эмбриональный антиген).

Тест 7

К вам обратилась пациентка 36 лет с длительным кашлем (больше полугода). Кашель сухой преимущественно по ночам или при быстрой ходьбе. По поводу кашля прошла различные виды обследования: общие анализы крови и мочи, КТ грудной клетки, спирометрия с пробой с бронхолитиком. Патологии не выявлено.

Неоднократно получила курсы антибиотиков (ципрофлоксацин, амоксициллин/клавулановая кислота, цефтриаксон). После антибиотиков улучшения не отмечала.

Пациентка ранее ничем не болела. Аллергоанамнез не отягощен. При физикальном осмотре – без патологии.

Какую тактику должен предпринять ВОП в первую очередь для установления причин кашля?

- a) Назначить антибиотик из группы макролидов, например, азитромицин
- b) Направить к пульмонологу
- c) Назначить пробную терапию ингаляционными кортикостероидами на 2-3 недели
- d) Назначить кортикостероиды интраназально + антигистаминные 1-го поколения («Супрастин»)
- e) Направить на ЭФГДС

Тест 8

Каковы вероятные причины хронического кашля (свыше 8 недель) у пожилых пациентов?

- a) Астма
- b) ХСН (хроническая сердечная недостаточность)
- c) Прием ИАПФ (ингибиторы ангиотензин превращающего фермента).
- d) Рак легких
- e) Все вышеперечисленное

Тест 9

У вас на приеме пациент 20 лет, с жалобами на кашель с желто-зеленой мокротой, першение и боль за грудиной во время кашля, повышение температуры до 37,8 градусов, потливость, насморк.

Заболел остро 3 дня назад. Дома принимал парацетамол, отхаркивающие. Данный кашель отмечает впервые. На рентгене грудной клетки: усиление сосудистого рисунка.

Что должен предпринять ВОП для лечения данного пациента?

- a) Сразу назначить антибиотик – амоксициллин, обильное питье

- b) Назначить отхаркивающие микстуры, в отношении антибиотика – выжидательная тактика
- c) Назначить азитромицин + леденцы или сироп от кашля, сосудосуживающие капли в нос
- d) Направить на физиолечение
- e) Назначить обильное питье, цефзолин в/м, промывание носа солевыми растворами

Тест 10

К вам обратился мужчина 78 лет, курильщик, страдающий ХОБЛ. Пациент пришел вместе с супругой. Со слов обеспокоенной супруги последние 2 месяца у пациента кашель стал более надсадным, отхождение мокроты не приносило облегчения. Хотя препараты он получает (тиотропия бромид, формотерол+будесонид). Последние 2 недели появилась осиплость голоса, по поводу которой безуспешно лечились у ЛОР врача.

Из сопутствующих заболеваний - АГ (принимает лозартан, амлодипин). При физикальном обследовании: кожа дряблая, с землистым оттенком, акроцианоз. ногти на руках в виде часовых стекол. ИМТ 22. АД 140/90 мм рт ст. Аускультативно в лёгких: ослабление дыхания по всем полям, сухие хрипы на выдохе.

О каком диагнозе должен подумать ВОП на основании жалоб, анамнеза, осмотра?

- a) Обострение ХОБЛ
- b) Усиление кашля, вызвано приемом блокатора рецепторов ангиотензина 2 (Лозартан)
- c) Пневмония
- d) Рак легкого
- e) Синдром перекреста астма + ХОБЛ

Ответы к тестам:

- 1. c
- 2. b
- 3. d
- 4. a
- 5. d
- 6. c
- 7. c
- 8. e
- 9. b
- 10. d

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Olgun Göktaş. The Göktaş definition of family medicine/general practice. *Aten Primaria*. 2022;54(10):102468. DOI: 10.1016/j.aprim.2022.102468.
2. Mash R, Gaede B, Hugo JF. The contribution of family physicians and primary care doctors to communityorientated primary care. *S Afr Fam Pract*. 2021;63(1), a5281. DOI: 10.4102/safp.v63i1.5281.
3. Sophia M Myles, Elizabeth F Wenghofer, Rachel H Ellaway, Michael T Yeo. Ontario family physicians' perspectives about their scope of practice: what is it, what drives it and how does it change? *BMC Prim Care*. 2022;23(1):251. DOI: 10.1186/s12875-022-01833-5.
4. Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, et al. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005-2015. *JAMA Intern Med* 2019;179:506–14.
5. Kaiyang Li, Anna Frumkin, Wei Guang Bi, Jamie Magrill, Christie Newton. Biopsy of Canada's family physician shortage. *Fam Med Community Health*. 2023;11(2):e002236. DOI: 10.1136/fmch-2023-002236.
6. World Health Organization (WHO). Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO; 1978. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011.pdf?sequence=1>
7. Ferenczyk E.K., Ramanathan K., Polanko N.T., Bornemisa O., Kelly E., Mangiaterra V. Expanding the integration of medical services. *The Lancet*. 2018; 391(10116):102–3. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30020-5.
8. Kaldybaev KK, Dilmagabetova GS, Tilekenova DD. From the Alma-Ata Declaration to the Astana Declaration: Prospects for improving primary Health care. *WKMJ*. 2019;61(1):37-45.
9. Astana Declaration. Geneva: World Health Organization, 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
10. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard, 23 June 2021. Geneva: World Health Organization, 2021. <https://covid19.who.int/>
11. Thomas RF: McWhinnie's Textbook of Family Medicine. T.R. Freeman (editor): Oxford University Press, 2016.
12. Ohta R, Sano Ch. Implementation of the principles of family medicine in modern family-medical education requiring systemic approaches. *Cureus*. 2022;14(11):e31177. DOI: 10.7759/cureus.31177.
13. Arya N., Gibson S., Penka D., Kak S., Hansel S., Dalman B., et all. Family medicine in the world: overview by region: Besrur documents: a series of articles about the state of family medicine in the world. *Confam Doctor*. 2017;63(6):436–41.
14. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe. 2023. https://www.woncaeurope.org/file/1052d347-829a-4f3b-80f2-4eb3d2676dbf/WONCA_European_Definitions_2_v2.pdf

15. Phillips RL, Brundgardt S, Lesko SE, Kittle N, Marker JE, et al. The Future Role of the Family Physician in the United States: A Rigorous Exercise in Definition. *Ann Fam Med*. 2014;12(3):250-5. DOI: 10.1370/afm.1651.
16. Winslow KE. Public health at a crossroads. 1926. *Am J Public Health*. 1999;89(11):1645-1648. DOI: 10.2105/AJPH.89.11.1645.
17. Martin-Moreno JM, Harris M, Jakubowski E, Kluge H. Defining and evaluating public health functions: a global analysis. *Annu Rev Public Health*. 2016;37:335-55. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-032315-021429.
18. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
19. World Health Organization. Regional Office for Europe.WHO Regional Office for Europe, 2019. WHO/EURO:2020-1087-40833-55188.
20. Jarvis T, Scott F, El-Jardali F, Alvarez E. Defining and classifying public health systems: a critical interpretive synthesis. *Health Res Policy Sys* 18, 68 (2020). DOI: 10.1186/s12961-020-00583-z.
21. Pratt R, Gyllstrom B, Gearin K, Hahn D, Van Raemdonck L, Peterson K, Baldwin LM. Primary Care and Public Health Perspectives on Integration at the Local Level: A Multi-State Study. *The Journal of the American Board of Family Medicine* September. 2017;30(5):601-607. DOI: 10.3122/jabfm.2017.05.170034.
22. Gaal S, Verstappen W, Wensing M. What do primary care physicians and researchers consider the most important patient safety improvement strategies? *BMC Health Serv Res*. 2011;11:102. DOI: 10.1186/1472-6963-11-102.
23. Kuriakose R., Aggarwal A., Sohi R.K., Goel R., Rashmi N.C., Gambhir R.S. Patient safety in primary and outpatient health care. *J. Fam. Med. Prim. Care*. 2020;9:7–11. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_837_19.
24. Casabona CM, Mora U, Callizo EP, Cano FA, Barbera MG, Aristu I, Busto CS, Astier-Peña AP. What regulations have launched autonomous communities to going forward on patient safety culture in healthcare organizations? *J Healthc Qual Res*. 2019;34(5):258-265. DOI: 10.1016/j.jhqr.2019.05.006.
25. Iparraguirrea ST, Álvarezb RM, Martínez IP. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *Clin Med Fam*. 2021;14:85–92.
26. Lawati MH, Dennis S, Short, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2018;19:104. DOI: 10.1186/s12875-018-0793-7
27. McGaghie WC, Miller GE, Sajid AW, Telder TV. Competency-based curriculum development in medical education. Public Health Paper No. 68. Geneva, Switzerland: World Health Organizatio, 1978.
28. World Organization of Family Doctors. The role of the general practitioner/family physician in health care systems: A statement from

- WONCA, 1991. <https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf>.
29. Van Melle E, Frank JR, Holmboe ES, Dagnone D, Stockley D, Sherbino J; International Competency-based Medical Education Collaborators. A core components framework for evaluating implementation of competencybased medical education programs. *Acad Med.* 2019;94(7):1002-1009. DOI:10.1097/ACM.0000000000002743.
 30. Peabody MR, O'Neill TR, Peterson LE. Examining the Functioning and Reliability of the Family Medicine Milestones. *J Grad Med Educ.* 2017;9(1):46-53. DOI:10.4300/JGMED-16-00172.1.
 31. Eric S. Holmboe. The Transformational Path Ahead: Competency-Based Medical Education in Family Medicine. *Fam Med.* 2021;53(7):583-9. DOI: 10.22454/FamMed.2021.296914.
 32. Arya N, Geurguis M, Vereecken-Smith C, Ponka D. Snapshot of family medicine around the world: Introducing the global family medicine website. *Can Fam Physician.* 2023 May;69(5):330-336. DOI: 10.46747/cfp.6905330.
 33. Ng V, Walsh A, Grusauskas H, Vainiomaki P, Politi E, de Silva N. 2016. WONCA global standards for continuing professional development (CPD) for family doctors. *Educ Prim Care.* 2018;29(3):124-131. DOI: 10.1080/14739879.2018.1427511.
 34. WONCA Europe: Core values and principles of general practice/family medicine. <https://www.woncaeuropa.org/file/6bb0f804-c025-4bf3-b970-0e5bd4b4872d/ANNEX%203.pdf>
 35. Roman-Cohen T. Follow these four simple steps to becoming a lifelong learner. <https://www.mba.com/business-school-and-careers/career-possibilities/follow-these-four-simple-steps-to-become-a-lifelong-learner>
 36. Eason T. Lifelong learning: Fostering a culture of curiosity. *Creative Nursing.* 2010;16(4):155–159.
 37. Dowling S, Last J, Finnegan H, O'Connor K, Cullen W. What are the current 'top five' perceived educational needs of Irish general practitioners? *Ir J Med Sci.*2020;189 (1): 381-388. DOI: 10.1007/s11845-019-02047-y.
 38. An K, et al. Training needs and curriculum of continuing medical education among general practitioners in Tibet, China: A cross-sectional survey. *Front Public Health.* 2022;10:914847. DOI: 10.3389/fpubh.2022.914847.
 39. Miller J, Bligh J, Stanley I, Al Shehri A. Motivation and continuation of professional development. *Br J Gen Pract.* 1998;48:1429–32.
 40. Coates W, Crooks K, Slavin S, et al. Medical school curricular reform: fourth-year colleges improve access to career mentoring and overall satisfaction. *Acad Med.* 2008 Aug;83(8):754–760.
 41. Sandars J, Patel R, Steele H, McAreavey M. Developmental student support in undergraduate 8544medical education: AMEE Guide No. 92. *Medical teacher.* 2014;36(12):1015-26.

42. Jordá JM. The academic tutoring at the university level: development and promotion methodology through project work. *Procedia–Social and Behavioral Sciences*. 2013;106:2594-601.
43. Lejonberg E, Christophersen KA. School-based mentors' affective commitment to the mentor role: role clarity, self-efficacy, mentor education and mentor experience as antecedents. *Int J Evid Based Coach Mentor*. 2015;13:45–63.
44. Jang HY, Noh MJ. An effect of mentoring functions on the undergraduate' involvement and adaptation: focused on the moderating effect of trust and fairness. *Korean Bus Educ Rev*. 2011;26(4):23-52.
45. Frei E, Stamm M, Buddeberg-Fischer B. Mentoring programs for medical students: a review of the PubMed literature 2000-2008. *BMC Med Educ*. 2010;10:32.
46. Ho Y, Kwon OY, Park SY, Yoon TY, Kim YE. Reliability and validity test of the Korean version of Noe's evaluation. *Korean J Med Educ*. 2017;29(1):15-26.
47. Dimitriadis K, von der Borch P, Störmann S, et al. Characteristics of mentoring relationships formed by medical students and faculty. *Med Educ Online*. 2012;17(1):17242.
48. Kashiwagi D, Varkey P and Cook D. Mentoring programs for physicians in academic medicine: A systematic review. *Academic Medicine*. 2013;88(7): 1029–1037. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318294f368>.
49. Nakanjako D, Byakika-Kibwika P, Kintu K, et al. Mentorship needs at academic institutions in resource-limited settings: A survey at Makerere University College of Health Sciences. *BMC Medical Education*. 2011;11(53). DOI: 10.1186/1472-6920-11-53.
50. Shah SK, Nodell B, Montano SM, Behrens C and Zunt JR. Clinical research and global health: Mentoring the next generation of health care students. *Global Public Health*. 2011;6(3):234–246. DOI: 10.1080/17441692.2010.494248.
51. Камынина НН. Менеджмент и лидерство. ГЭОТАР-Медиа, 2009.
52. Равино АВ. Основы лидерства: тексты лекций для студентов специальности 1-25 01 07 «Экономика и управление на предприятии» заочной формы обучения. Минск, 2014.
53. Ильина ЕВ, Афанасьева АН, Романова АИ. Лидерство: особенности управления в строительстве и сфере жилищно-коммунальных услуг: учебное пособие. Казань, 2017.
54. Вержибок ГВ, Шупляк ВИ. Лидерство в социальном и образовательном пространстве: учеб.-метод. пособие. Минск, 2012.
55. Poggenpohl Sh. Communities of Practice in Design Research. *She Ji: The Journal of Design, Economics, and Innovation*. DOI: DOI: 10.1016/j.sheji.2015.07.002.

56. Heath I, Stavdal A, Sigurdsson JA. The Role of Anger in Motivating Leadership. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:613977. DOI: 10.3389/fmed.2021.613977.
57. Smith AJ, et al. Leadership Skills in Family Medicine Residency: Who Should Be Developing Them? *Journal of Graduate Medical Education*, 2019;11(5):535-540.
58. Johnson J., et al. Developing Family Medicine Residents' Leadership Skills. *Family Medicine*. 2018;50(10):743-746.
59. Anderson L, et al. Mentorship in Medicine: Keys to Satisfaction. *Journal of Graduate Medical Education*. 2020;12(4):465-469.
60. Davis D, et al. Leadership and Leadership Development in Healthcare Settings: A Simplified Framework to Guide Your Efforts. *Journal of Healthcare Leadership*. 2017;9:69-78.
61. Carter E. J., et al. Fostering Leadership in Medical Education: A Scoping Review of Leadership Training Programs for Undergraduate Medical Students. *BMC Medical Education*. 2021;21(1):309.
62. Patel V., et al. Structured Multisource Feedback for Residents in Leadership Roles. *Journal of Graduate Medical Education*. 2019;11(3):335-340.
63. Lee A. C., et al. Leadership Development and Quality Improvement: Integration in a Family Medicine Residency Program. *The Permanente Journal*. 2020;24:1-6.
64. Turner PL, Martin SS. Core leadership competencies in academic medicine: An umbrella review. *Journal of General Internal Medicine*. 2015;30(12):1781-1787.
65. Lypson ML, Frohna JG, Gruppen LD. Assessing resident leadership in a longitudinal curriculum: A retrospective cohort study of the impact of a cocurricular leadership program. *Academic Medicine*. 2018; 93(1): 90-97.
66. Kumar A, Loscalzo, S, Mehta, S, Eastburn, A, Swanson, D. A self-assessment instrument for improving leadership competency for residents. *The American Journal of Surgery*. 2019;218(3):516-519.
67. Zabar S, Adams J, Kinsella P, Anderson M, Bokser S, Hyman D. Simulated inpatient module for interns improves patient safety and patient-centered care skills. *Medical Teacher*. 2016;38(6):590-597.
68. Ruedinger E, Wadman M, Arbuckle M, Jenkins R, Zimny E. Evaluating and enhancing resident leadership skills: A longitudinal study. *Journal of Graduate Medical Education*. 2020;12(6):657-664.
69. Kernan WN, Lee Y. A portfolio-based approach to assessing leadership competencies in graduate medical education. *Journal of Graduate Medical Education*. 2019;11(4):450-454.
70. Bouland-van Dam SIM, Oostrom JK, Jansen PGW. Development and validation of the leadership learning agility scale. *Front. Psychol*. 2020;13:991299. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.991299.

71. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Švab I, Ram P. The European definition of general practice/family medicine. 2002. <http://www.euract.org/pap041.html>.
72. De Maeseneer JM, De Sutter A. Why research in family medicine? A superfluous question. *Ann Fam Med*. 2004;2(Suppl 2):S17-S22. DOI:10.1370/afm.148.
73. Sheikh A, Smeeth L, Ashcroft T. Randomised controlled trials in primary care: scope and applications. *Brit J Gen Pract*. 2002;52:746–751.
74. Kjaergard LL, Villumsen JG, Huud C. Reported methodological quality and discrepancies between large and small randomised trials in meta-analyses. *Ann Intern Med*. 2001;135:982–989.
75. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344:2021–2025.
76. Shao S, Zhao F, Wang J, et al. The ecology of medical care in Beijing. *PLoS One* 2013;8:e82446. DOI:10.1371/journal.pone.0082446.
77. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, et al. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2001;357:757–762.
78. Douglas JDM. Is primary care a lost cause [letter]? *Lancet*. 2003;361:1474.
79. De Maeseneer J, van Driel M, Green L, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet*. 2003;362:1314–1319.
80. De Maeseneer J. De zorg voor de kwaliteit en de kwaliteit van de zorg [The care for quality and the quality of care]. *Huisarts Wet*. 1993;36:437–439.
81. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44(3 Suppl):166–206.
82. Van Weel C. Examination of context of medicine. *Lancet*. 2001;357:733.
83. Deveugele M, Derese A, van den Brink A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*. 2002;325:472–477.
84. De Sutter AI, De Meyere MJ, De Maeseneer JM, Peersman WP. Antibiotic prescribing in acute infections of the nose and sinuses: a matter of personal habit? *Fam Pract*. 2001;18:209–213.
85. Barbato A, D'Avanzo B, Cinquini M, et al. Effects of goal-oriented care for adults with multimorbidity: A systematic review and meta-analysis. *J Eval Clin Pract*. 2022;28(3):371-381. DOI:10.1111/jep.13674.
86. Mold J, Green L. Primary care research: revisiting its definition and rationale. *J Fam Pract*. 2000;49:206–208.
87. van Weel C. General practice: a suitable place for clinical research. *Eur J Gen Pract*. 1995;1:6–7.
88. White KL. Fundamental research at primary care level. *Lancet*. 2000;355:1904–1906.
89. Owen P. Clinical practice and medical research: bridging the divide between the two cultures. *Brit J Gen Pract*. 1995;45:557–560.

90. Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K and Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Fam Pract.* 2001;18:359–363.
91. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman A, Thomson M. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ.* 1998;317:465–468.
92. Foy R, Eccles R, Grimshaw J. Why does primary care need more implementation research? *Fam Pract.* 2001;18:353–355.
93. De Maeseneer JM, De Sutter A. Why research in family medicine? A superfluous question. *Ann Fam Med.* 2004;2(Suppl2):S17-S22. DOI:10.1370/afm.148.
94. Schmiemann G, Gágyor I, Hummers-Pradier E, Bleidorn J. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110(18):327-8. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0327c.
95. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis Ch, Peremans L, Petek D, Rurik I, Soler JK, Stoffers HE, Topsever P, Ungan M, Van Royen P. The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 1. Background and methodology. *The European Journal of General Practice,* 2009;15(4):243-250. DOI: 10.3109/13814780903452184.
96. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis Ch, Peremans L, Petek D, Rurik I, Soler JK, Stoffers HE, Topsever P, Ungan M, Van Royen P. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 2. Results: Primary care management and community orientation1, *The European Journal of General Practice.* 2010;16(1):42-50. DOI: 10.3109/13814780903563725/
97. Van Royen P, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis Ch, Peremans L, Petek D, Rurik I, Soler JK, Stoffers HE, Topsever P, Ungan M, Hummers-Pradier E. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: Person centred care, comprehensive and holistic approach. *The European Journal of General Practice.* 2010;16(2):113-119. DOI: 10.3109/13814788.2010.481018.
98. Rubashkin N, Warnock R, Diamond-Smith N. A systematic review of person-centered care interventions to improve quality of facility-based delivery. *Reprod Health.* 2018;15(1):169. DOI:10.1186/s12978-018-0588-2.
99. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis Ch, Peremans L, Petek D, Rurik I, Soler JK, Stoffers HE, Topsever P, Ungan M, van Royen P. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 4. Results: Specific problem solving skills, *The European Journal of General Practice.* 2010;16(3):174-181. DOI: 10.3109/13814788.2010.504982.
100. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, et al. Research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe.

- Maastricht (Holland): European General Practice Research Network EGPRN, 2009.
101. Hobbs R. Is primary care research important and relevant to GPs? *Br J Gen Pract.* 2019;69(686):424-425. DOI: 10.3399/bjgp19X705149.
 102. Van Royen P, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis Ch, Peremans L, Petek D, Rurik I, Soler JK, Stoffers HE, Topsever P, Ungan M, Hummers-Pradier E. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 5: Needs and implications for future research and policy, *The European Journal of General Practice/* 2010;16(4): 244-248. DOI: 10.3109/13814788.2010.528385.
 103. Huas C, Petek D, Diaz E, et al. Strategies to improve research capacity across European general practice: The views of members of EGPRN and Wonca Europe. *European Journal of General Practice.* 2019;25(1): 25-31. DOI: 10.1080/13814788.2018.1546282.
 104. Ryan BL, Thorpe C, Zwarenstein M, et al. Building research culture and capacity in academic family medicine departments: Insights from a simulation workshop. *Canadian Family Physician.* 2019;65(1):e38-e44.
 105. YANG H. Publications in area of General Practice: five year's review (2013-17) and suggestions for general practice research. 2019.
 106. Howe A, Kidd M. Challenges for family medicine research: a global perspective. *Family practice.* 2018;36(2):99-101.
 107. Fàbregues S, Feters MD Fundamentals of case study research in family medicine and community health. *Family Medicine and Community Health.* 2019;7:e000074. DOI: 10.1136/fmch-2018-000074.
 108. Feters MD, Guetterman TC Discovering and doing family medicine and community health research. *Family Medicine and Community Health.* 2019;7:e000084. DOI: 10.1136/fmch-2018-000084.
 109. Vedel I, Kaur N, Hong QN, et al. Why and how to use mixed methods in primary health care research. *Fam Pract.* 2019;36(3):365-368. DOI: 10.1093/fampra/cmy127.
 110. Creswell JW, Plano Clark V. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2011.
 111. Plano Clark VL, Ivankova NV (eds). *Mixed Methods Research: A Guide to the Field.* Thousand Oaks, CA: Sage, 2015.
 112. Pluye P, Garcia Bengoechea E, Granikov V, Kaur N, Tang DL. A world of possibilities in mixed methods: review of the combinations of strategies used to integrate the phases, results, and qualitative and quantitative data. *Int J Mult Res Approach.* 2018;10:41–56.
 113. Vedel I, Kaur N, Hong QN, Sherif RE, Khanassov V, Godard-Sebillotte C, Sourial N, Yang XQ, Pluye P. Why and how to use mixed methods in primary health care research. 2019;36(3):365–368. DOI: 10.1093/fampra/cmy127.
 114. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organisation, 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>

115. Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases: implementation research toolkit. Geneva: World Health Organisation, 2014. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/110523>
116. Goodyear-Smith F, Mash R. How to do primary care research. Boca Raton, United States of America. CRC Press, 2018.
117. Awoonor-Williams JK, Appiah-Denkyira E. Bridging the intervention–implementation gap in primary health care delivery: the critical role of integrated implementation research. *BMC Health Services Research*. 2017;17(3):772.
118. Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D’Ambruso L, Schroff Z. Participatory action research in health systems: a methods reader. TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harare, 2014.
119. Tran BB, Ditto AM. Cough: A Practical and Multifaceted Approach to Diagnosis and Management. *Med Clin North Am*. 2020;104(1):45-59. DOI: 10.1016/j.mcna.2019.08.011.
120. Irwin RS, French CL, Chang AB, AltmanKW. Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest* 2018;153(1):196–209.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Критерии подтверждения результатов непрерывного профессионального развития работников здравоохранения

(из приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-283/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 декабря 2020 года № 21843 «Об утверждении правил подтверждения результатов непрерывного профессионального развития работников здравоохранения»)

№	Наименование критерия	Требование к критерию	Единица измерения	Подтверждающий документ
Глава 1. Дополнительное образование				
1	Дополнительное образование (цикл повышения квалификации)	В соответствии с профилем заявляемой специальности; в соответствии с уровнем образовательной программы; указание количества часов или кредитов.	1 час = 1 зачетной единице; 1 кредит = 30 зачетных единиц	Копия свидетельства о прохождении повышения квалификации
Глава 2. Неформальное образование				
2	Стажировка по профилю специальности	областного, городского, республиканского значения	1 неделя = 36 зачетных единиц	Копия отчета о выполнении индивидуального плана стажировки, информация о приобретенных в ходе стажировки знаний, умений и навыков, Отзыв руководителя структурного подразделения на специалиста в области здравоохранения по итогам стажировки
		международного значения	1 неделя = 72 зачетные единицы	
3	Участие в очных обучении семинарах, тренингах, мастер-классах	В соответствии с профилем заявляемой специальности; указание количества часов или кредитов.	1 час = 1 зачетная единица; 1 кредит = 30 зачетных единиц.	Копия свидетельства о прохождении обучения

4	Участие в вебинарах, онлайн курсах, иных обучающих мероприятиях, проводимых с использованием технологий дистанционного обучения	В соответствии с профилем заявляемой специальности; указание количества часов или кредитов.	1 час = 0,5 зачетные единицы	Копия свидетельства о прохождении обучения
5	Прохождение самооценки в аккредитованной организации по оценке	Положительный результат (равный или выше порогового уровня)	1 результат самооценки = 30 зачетных единиц	Положительный результат самооценки знаний и навыков (равный или выше порогового уровня)
Глава 3. Дополнительные компетенции				
6	Участие в работе съезда, конгресса, конференции	областного, городского значения	1 день = 5 зачетных единиц; доклад = 20 зачетных единиц.	Документ участника и (или) программа конференции с указанием Ф.И.О. докладчика, темы, места проведения, организатора проведения, даты
		республиканского значения	1 день = 10 зачетных единиц; доклад = 50 зачетных единиц.	
		международного значения	день = 40 зачетных единиц; доклад = 100 зачетных единиц.	
7	Публикация монографии, руководства, методических рекомендаций	В соответствии с профилем заявляемой специальности; первым автором или в моноавторстве.	1 монография = 300 зачетных единиц; руководство, методические рекомендации = 100 зачетных единиц.	Электронная копия опубликованной монографии, руководства, методических рекомендаций
8	Публикация учебника (книги)	В соответствии с профилем заявляемой специальности; первым автором или в моноавторстве.	1 учебник (книга) = 200 зачетных единиц.	Электронная копия опубликованного учебника (книги)
9	Публикация научной статьи, в изданиях, входящих в перечень рекомендованных Комитетом организации контроля в сфере образования и науки Министерства образования и науки	В соответствии с профилем заявляемой специальности; первым 3 авторам	1 статья = 30 зачетных единиц	Электронная копия опубликованной статьи

	Республики Казахстан			
10	Публикация статьи по в республиканских и зарубежных изданиях, не входящих в перечень рекомендованных Комитетом организации контроля в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан	В соответствии с профилем заявляемой специальности; первым 3 авторам	1 статья = 15 зачетных единиц	Электронная копия опубликованной статьи
11	Публикация научной статьи в изданиях, индексируемых в Scopus, Web of Science, Springer	В соответствии с профилем заявляемой специальности	1 статья, квартиль журнала Q4 = 70 зачетных единиц; 1 статья, квартиль журнала Q3 = 100 зачетных единиц; 1 статья, квартиль журнала Q2 = 200 зачетных единиц; 1 статья, квартиль журнала Q1= 300 зачетных единиц.	Электронная копия опубликованной статьи
12	Получение патента	В соответствии с профилем заявляемой специальности	1 патент республиканского уровня = 120 зачетных единиц; 1 патент зарубежного уровня = 300 зачетных единиц.	Копия патента
13	Получение свидетельства об интеллектуальной собственности Республики Казахстан	В соответствии с профилем заявляемой специальности	1 свидетельство = 5 зачетных единиц	Копия свидетельства об интеллектуальной собственности
14	Наставничество, педагогическая деятельность	В соответствии с профилем заявляемой специальности	в течение года в качестве наставника или ментора для обучающихся медицинских организаций образования = 10 зачетных единиц	Копия приказа медицинской организации о назначении наставником, и (или) свидетельство о повышении квалификации по

				наставничеству и (или) менторству
15	Наставничество для молодых и вновь принятых специалистов	В соответствие с профилем заявляемой специальности	в течение года в качестве наставника =10 зачетных единиц	Копия приказа о назначении наставником
16	Внедрение в практическую деятельность инновационной научной или практической методики диагностики лечения, профилактики заболевания	В соответствие с профилем заявляемой специальности	1 акт внедрения = 100 зачетных единиц	Акт внедрения с участием местного органа управления здравоохранением
17	Членство в профессиональной ассоциации	В соответствие с профилем заявляемой специальности; не менее чем 1 год с активным членством на момент подтверждения.	Регионального уровня = 10 зачетных единиц; республиканского уровня = 30 зачетных единиц; международного уровня = 100 зачетных единиц.	Копия документа, подтверждающего членство
18	Членство в экспертных органах	В соответствие с профилем заявляемой специальности; в течение 5 лет не менее чем 1 год с активным членством на момент подтверждения	Республиканского уровня = 100 зачетных единиц	Копия документа, подтверждающего экспертную деятельность
19	Экспертная и (или) тренерская деятельность	В соответствие с профилем заявляемой специальности; в течение года на момент подтверждения.	= 20 зачетных единиц	Копия документа, подтверждающего экспертную и тренерскую деятельность
20	Участие в разработке нормативно-правовых и иных регламентирующих актов	В соответствие с профилем заявляемой специальности; республиканского уровня (клинические протоколы, клинические сестринские руководства, стандарты	1 документ = 50 зачетных единиц	Копия приказа о составе рабочей группы

		операционных процедур, отраслевые программы, государственные стандарты образования).		
21	Участие в содержательной или тестологической экспертизе экзаменационного материала (тестовые вопросы и клинические сценарии) аккредитованной организации по оценке знаний и навыков обучающихся, профессиональной подготовленности выпускников и специалистов в области здравоохранения	В соответствие с профилем заявляемой специальности;	50 тестовых вопросов =1 зачетная единица; 10 клинических сценариев = 1зачетная единица	Копия акта экспертизы экзаменационного материала

WONCA: Список стандартов НПР

Область	Базовый стандарт	Стандарт развития качества
	Должен	Следует
Миссия и результаты		
1.1. Заявления о миссии и результатах	Результаты, которые определены дисциплиной семейной медицины и обнародованные. Миссия и результаты должны вытекать из приоритетов общества в области здравоохранения.	Поощряет и поддерживает семейных врачей в повышении эффективности их практики. Берет обязательство улучшать условия для эффективного непрерывного профессионального развития с достижением положительных результатов для здоровья.
1.2. Профессионализм и автономия	Способствует профессиональному и личностному развитию семейного врача	Укрепляет профессионализм семейных врачей и их способность действовать в интересах своих пациентов и общества.
1.3. Результаты НПР	Семейные врачи определяют компетенции, которые должны быть достигнуты с помощью НПР, консультируясь с профессиональными организациями и коллегами. Семейные врачи обеспечивают адекватность мероприятий НПР для поддержания и развития необходимых компетенций.	Семейные врачи гарантируют, что знания, полученные в ходе НПР, доводятся до сведения коллег при консультациях с профессиональными организациями.
1.4. Участие в формулировании миссии и результатов	Заявление о миссии и предполагаемых результатах, определенных основными заинтересованными сторонами, включая пациентов и сообщества	Заявление о миссии и результатах включает вклад в более широкий круг заинтересованных сторон Акцент на улучшение системы здравоохранения и справедливости в отношении здоровья
Образовательная программа		
2.1. Структура деятельности НПР	Адаптирована к потребностям отдельного семейного врача, проводится на постоянной основе НПР объединяет практические и теоретические компоненты Проводится в соответствии с политикой	Включает в себя различные формы обучения Включает обучающие сети для смешанного обучения

	профессиональной организации Приверженность этическим соображениям	
2.2. Научные методы	Содержание основано на научных и практических данных	С помощью НПП семейные врачи совершенствуют навыки критической оценки для будущего обучения
2.3. Содержание НПП	Содержание разнообразно и гибко	Семейные врачи выбирают НПП на основе внешних показателей и личных размышлений в соответствии с планом на обучения
2.4. Связь между НПП и услугами	НПП является неотъемлемой частью медицинской практики, что отражено в бюджетах, распределении ресурсов и планировании времени	Повышает компетентность врачей за счет выявления пробелов, а также личной заинтересованности НПП используется для внедрения научных разработок в организацию и практику системы здравоохранения.
3. Оценка и документация		
3.1. Методы оценки	Дисциплина семейной медицины формулирует и реализует политику оценки прогресса и достижений отдельных врачей в НПП.	Разработка и продвижение соответствующих методов оценки
3.2. Документирование НПП	Признанные действия НПП документируются и контролируются Документация является формативным инструментом обучения, а также обеспечивает обратную связь относительно актуальности и качества НПП	Система документации подтверждает фактическое обучение, компетентность и стимулирует дальнейшее обучение Семейные врачи имеют личные портфолио обучения
4. Индивидуальный врач		
4.1. Мотивация	Программы повышения квалификации стимулируют участие и оцениваются по качеству Движущей силой является оказание высококачественной помощи пациентам	Деятельность НПП признана достойной профессиональной деятельности
4.2. Стратегии обучения	У семейных врачей есть инструменты проведения самооценки для определения своих потребностей в обучении	Мероприятия основаны на стратегиях обучения, разработанных для улучшения качества, безопасности пациентов и включают междисциплинарное групповое обучение

4.3. Условия работы	Условия работы предоставляют семейным врачам время и ресурсы для участия в НПП	Системы вознаграждения позволяют и поддерживают участие в соответствующем НПП
4.4. Влияние семейных врачей на НПП	Возможность для семейных врачей обсудить потребности в обучении с поставщиками НПП	Семейные врачи участвуют в планировании и реализации своей деятельности по НПП
5. Предоставление НПП		
5.1. Политика признания	Система признания поставщиков НПП и отдельных мероприятий НПП Руководящие принципы по ограничению доступа и влияния поставщиков медицинских услуг с денежными или иными интересами, не ориентированными на первостепенное значение благополучия пациентов	Любой конфликт интересов поставщиков НПП декларируется и сводится к минимуму
5.2. Обязательства поставщиков услуг	Поставщики НПП отвечают требованиям, предъявляемых к качеству образования	Поставщики используют соответствующие образовательные методы, основанные на целях и желаемых результатах
5.3. Обратная связь с поставщиками услуг	Поставщики НПП получают отзывы о потребностях в обучении и результатах работы семейных врачей	Системы для постоянной обратной связи с поставщиками НПП с периодическим мониторингом
5.4. Роль медицинских вузов	Медицинские вузы готовят своих студентов к обучению на протяжении всей жизни Студенты-медики занимают лидерские позиции в клиническом улучшении качества НПП	Медицинские вузы проводят мероприятия по повышению квалификации Медицинские вузы проводят исследования деятельности НПП
6. Образовательный контекст и ресурсы		
6.1. Физические объекты и условия обучения	Учебная среда должна быть безопасной и комфортной, что способствует обучению Семейные врачи имеют время и возможности для размышлений о практике Имеется доступ к инструментам для расширения знаний и развития навыков	Учебные помещения, оборудование и график работы регулярно оцениваются и обновляются
6.2. Информационные технологии	Использование информации и коммуникации	Семейным врачам предоставляется доступ и обучение использованию

	интегрировано в процесс НПП	информационных и коммуникационных технологий
6.3. Взаимодействие с коллегами	НПП поощряет взаимодействие с коллегами и другими медицинскими работниками	Возможности присоединиться к образовательным сетям или сообществам Семейные врачи, вовлеченные в повышение компетентности коллег, включая стажеров
6.4. Формативные мероприятия НПП	Системы поощрения и признания участия в НПП	Возможности для семейных врачей для углубленного обучения (курсы, сертификаты, дипломы)
6.5. Медицинские исследования и стипендия	Возможности участия в мероприятиях клинического улучшения качества	Разрешено участие в исследованиях в НПП
6.6. Образовательный опыт	Политика использования опыта, относящегося к планированию, реализации и оценке НПП	Имеется доступ к образовательным экспертам по семейной медицине, которые используются в мероприятиях НПП
6.7. Опыт в альтернативных условиях	Политика продвижения опыта посредством посещения других мест, в том числе за пределами страны	Облегчаются региональные и международные обмены и визиты
7. Оценка деятельности НПП		
7.1. Механизм мониторинга и оценки программы	В процессе оценки НПП участвуют семейные врачи	Семейные врачи возглавляют создание комплексного НПП
7.2. Отзывы о мероприятиях НПП	Систематически запрашиваются отзывы участников НПП Анализируется обратная связь Обратная связь действует	Участники НПП участвуют в планировании оценки программы и использовании результатов для разработки программы
7.3. Мониторинг и признание НПП	Формальная структура НПП по дисциплине утверждена после консультаций с соответствующими органами с использованием согласованных критериев	Документация НПК используется в системах оценки компетентности
8. Организация		
8.1. Документация и потребности для планирования НПП	Документация соответствует положениям, касающихся структуры, содержания, процесса и результатам, выданные компетентными органами	Разработаны процедуры для документирования и отслеживания качества практики, сравнения групп коллег
8.2. Профессиональное лидерство	Организация общей практики/семейной	Профессиональное лидерство оценивается через определенные

	медицины берет на себя ответственность за организацию деятельности НПР	промежутки времени в отношении достижения миссии и результатов обучения НПР
8.3. Финансирование и распределение ресурсов	<p>НПР финансируется за счет системы здравоохранения</p> <p>Условия работы позволяют ВОП/СВ выбирать и участвовать в мероприятиях НПР</p> <p>Все докладчики и спонсоры должны сообщать участникам о конфликте интересов</p>	<p>Презентация представителей медицинской и фармацевтической промышленности должна быть ограничена и сведена к минимуму</p> <p>Семейные врачи осведомлены об этических дилеммах и конфликтах интересов в отношениях с промышленностью</p>
8.4. Администрация	Мероприятия НПР адекватно управляются	Управление включает программу обеспечения и улучшения качества
9. Постоянное обновление	<p>Административные структуры иницируют процессы для регулярного пересмотра и обновления структуры, функций и качества деятельности НПР</p> <p>Административные структуры устраняют выявленные недостатки</p>	<p>Обновление основано на исследованиях</p> <p>Пересмотр политики и практики НПР осуществляется в соответствии с прошлым опытом, текущей деятельностью и перспективами на будущее</p> <p>Изменения касаются следующих вопросов:</p> <p>Адаптация миссии и результатов к научному, социально-экономическому и культурному развитию общества</p> <p>Определение необходимых компетенций на основе научного прогресса и меняющихся потребностей сообщества</p> <p>Обзор подходов к обучению и методов обучения для обеспечения актуальности</p> <p>Развитие самооценки и практического обучения</p> <p>Развитие организационных и управленческих структур для оказания помощи врачам в удовлетворении возникающих потребностей пациентов и оказании высококачественной медицинской помощи.</p> <p>Отражение и постоянное улучшение содержания и методологии НПР</p> <p>Обзор и обновление с учетом мнений различных заинтересованных сторон</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Инструмент мини оценки профессионализма резидента (Р-МЕХ)

ФИО резидента _____

ФИО преподавателя/наставника _____

Дата _____

	Никогда	Редко	Часто	Всегда	Комментарии
Навыки взаимоотношений между врачом и пациентом					
1. Активно слушает пациента	1	2	3	4	
2. Проявляет интерес к пациенту как к личности	0,5	1	1,5	2	
3. Признание и удовлетворение потребностей пациентов	0,5	1	1,5	2	
4. Открыт для удовлетворения потребностей пациентов	0,5	1	1,5	2	
5. Гарантированная непрерывность ухода за пациентами	0,5	1	1,5	2	
6. Обеспечивает защиту прав пациента	1	2	3	4	
7. Поддерживает соответствующие границы	1	2	3	4	
Рефлексивные навыки					
8. Продемонстрировал понимание ограничений	1	2	3	4	
9. Осознает допущенные ошибки	1	2	3	4	
10. Запрашивает обратную связь	1	2	3	4	
11. Принимает все отзывы о своей работе	1	2	3	4	
12. Сохраняет самообладание в сложной ситуации	1	2	3	4	
Тайм-менеджмент					
13. Был вовремя	0	1	2	8	
<i>Всегда = ни одного опоздания или раннего ухода; часто=менее 20%, редко=более 20%, никогда=80% от всех занятий опаздывал или уходил рано</i>					
14. Пропускал занятия	0	1	2	8	
<i>Пропуск=3 часа отсутствия для 7,6 часов, или 50% времени отсутствия. Всегда = ни одного пропуска; часто=менее 20%, редко=более 20%, никогда=80% от всех занятий пропустил</i>					
15. Надежно выполняет свои задачи	0	1	2	8	
<i>Выполняет поручения ППС, наставников, администрации университета и клинической базы, проявляет альтруизм, лидерские качества и готовность к командной работе, признает и принимает обязательства по служению обществу</i>					
16. Был доступен коллегам	0	1	2	8	

На связи с коллегами, ППС, наставниками в рабочее время – обязательно; если не смог ответить, перезванивает. Вне рабочего времени (границы оговариваются) – желательно, хотя бы текстовым или голосовым сообщением дать ответ. Предупреждать о пропуске занятия, о болезни, об опоздании, о невыполнении задания, отъезде, и др. событиях

Навыки межпрофессиональных отношений/ кәсіпаралық қатынас дағдылары

17. Поддерживает соответствующие границы	1	2	3	4	
18. Поддерживает соответствующий внешний вид	1	2	3	4	
19. Устраняет собственные пробелы в знаниях и навыках	1	2	3	4	
20. Демонстрирует уважение к коллегам	1	2	3	4	
21. Избегает уничижительных высказываний	1	2	3	4	
22. Сохраняет конфиденциальность пациента	1	2	3	4	
23. Правильно использует ресурсы здравоохранения	1	2	3	4	
Итого баллов					

Дополнительные комментарии и обратная связь от резидента:

Шкала гибкости обучению лидерству (SIM, Bouland-van Dam, 2022)

1. На работе я участвую в обучающих мероприятиях для личного развития.
2. На работе я тщательно оцениваю отзывы, которые получаю от других, чтобы извлечь из них уроки.
3. На работе я стараюсь развивать навыки влияния на людей (например, вести за собой, расширять возможности других).
4. Я принимаю участие в развивающих мероприятиях для улучшения моих навыков решения задач и навыков взаимоотношений на работе.
5. На работе я рассматриваю обратную связь как фундаментальный инструмент повышения своей производительности.
6. Я прилагаю усилия, чтобы стать лучше, оказывая влияние на других для достижения целей нашего проекта.
7. Я самостоятельно иницирую учебную деятельность, чтобы улучшить свою работу.
8. Я действую на основе отзывов, которые получаю от коллег, чтобы улучшить свою работу.
9. Я размышляю о том, как эффективно влиять на моих коллег в наших социальных взаимоотношениях.
10. Я участвую в тренингах, потому что я хочу продолжать развиваться на работе.
11. Я изучаю закономерности своего поведения на основе отзывов, которые получаю от коллег.
12. Я пытаюсь влиять на развитие моих коллег для достижения целей нашего проекта.
13. Я участвую в образовательной программе помимо своей рабочей деятельности.
14. Я принимаю меры, когда мой коллега дает отзыв, чтобы улучшить мою работу.
15. Я сосредотачиваюсь на том, как эффективно вести своих коллег к достижению целей нашей команды на работе.
16. На работе я участвую в образовательных возможностях для дальнейшего развития.
17. Я корректирую свое поведение, основываясь на обратной связи, которую получаю от коллег.
18. Я сосредотачиваюсь на том, как стать влиятельным человеком в своей организации для достижения наших целей.

Шкала измеряет готовность учиться на социальном опыте и стремление применять эти уроки на новых и сложных руководящих должностях и включает в себя измерения «Развитие лидерства» (3,6,9,12,15,18 вопросы), «Поиск обратной связи» (2,5,8,11,14,17) и «Систематическое развитие» (1,4,7,10,13,16).

Контракт о профессионализме

В данном контракте о профессионализме изложены ожидания программы резидентуры по семейной медицине в отношении резидентов во время обучения

- Я буду читать не менее 30 минут в день о чем-то, связанном с медициной, с чем я столкнулся в этот день.
- Я буду усердно работать, потому что только упорным трудом я смогу добиться совершенства в уходе за пациентами.
- Я буду вовремя на все ротации, образовательные возможности и встречи.
- Я своевременно заполню свою медицинскую документацию.
- Буду участвовать в дискуссиях во время семинаров и конференций.
- Я буду готов к обсуждениям моих пациентов.
- Выполню все поставленные задачи точно в срок.
- Я буду относиться к своим пациентам, сокурсникам, сотрудникам и преподавателям с уважением и вежливостью.
- Я понимаю, что знания нельзя давать, только делиться.
- Я обязуюсь соблюдать полную честность и добросовестность, что подтверждается:
 - Я там, где я говорю.
 - Я написал то, что сделал.
 - Я делаю то, что правильно, даже когда никто не смотрит.
 - Я несу ответственность за то, что я делаю и чего не делаю.
 - Я не виню других.
 - Я не вру.
 - Я делаю то, что лучше для пациента, а не то, что целесообразно для меня.
 - Я выступаю подготовленным.
 - Я возьмусь за командную работу.
 - Если другой резидент этого не сделает, я сделаю это без жалоб.
 - Я появляюсь с командой и ухожу с командой.
 - Я признаю и ценю вклад всех членов команды.
 - Я помогаю ставить и понимать цели команды.
 - Я научусь вежливо давать и получать обратную связь.
 - Я буду стремиться преуспеть в общении, о чем свидетельствуют:
 - Отвечаю на сообщения своевременно (15 минут или меньше).
 - Я буду проверять и отвечать на мою электронную почту, по крайней мере, ежедневно.
 - Я проверю, что то, что я сказал, было понято.
 - Я буду ежедневно проверять свой список задач и выполнять сегодняшнюю работу сегодня.

- Я буду стремиться к совершенству в уходе за пациентами.
- Я понимаю, что семейная медицина требует от пациента «причастности и вовлеченности»
- Я обязуюсь обеспечить безопасную, полную и терпеливую передачу информации.
- Я знаю, что я должен быть и буду постоянно оцениваться по этим вещам.
- Я придерживаюсь самых высоких профессиональных стандартов и согласен с вышеуказанными стандартами.

Насколько я понимаю, профессионализм - это одна из основных компетенций, определенных моей учебной программой. Несоблюдение с моей стороны вышеизложенного может привести к неблагоприятным последствиям, включая возможность исключения из программы.

Подпись резидента _____ Дата _____

**Жамалиева Л.М., Дильмагамбетова Г.С., Кошмаганбетова Г.К., Бегалина
Д.Т., Есенгалиева И.Е., Егембердиева А.А., Абенова Н.А., Таутанова А.К.
КОМПЕТЕНЦИИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ: МОНОГРАФИЯ**

Компьютерная верстка

Подписано в печать:

Тираж: 30 экз. Формат: 1/16

Бумага офсетная. Заказ: №

Редакционно-издательском центре (РИЦ)

ЗКМУ имени Марата Оспанова

030019 Казахстан, г.Актобе, ул. Маресьева, 68,

Морфологический корпус, каб. 108

e-mail: rbo@zkmu.kz

