

# Традиции наставничества в семейной медицине

---

Чудаков Сергей Юрьевич  
Председатель Правления Ассоциации  
семейных врачей Московской области,  
к.м.н., доцент кафедры семейной  
медицины МОНИКИ,  
Вице-президент НАЗВР

- Семейный врач во всем мире – единственный удивительным образом сохранившейся в эпоху не просто узкой, а сверхузкой специализации, холистический врач, достойно продолжающий традиции школы Гиппократата и не разделяющий тело и душу, человека и среду, пациента и семью.

# Американская Академия Семейных Врачей:

- Семейный врач осуществляет заботу о здоровье по принципам семейной медицины.
- Его подготовка и опыт позволяют практиковать в разных разделах медицины и хирургии.
- Семейный врач образован и обучен специальным уникальным дисциплинам, позволяющим ему осуществлять постоянную, всестороннюю заботу о здоровье и медицинском сервисе всей семьи, несмотря на пол, возраст пациента и тип проблемы: биологическую, поведенческую или социальную.
- Семейный врач является адвокатом пациента или семьи в делах, связанных с охраной здоровья, включая использование услуг консультантов и ресурсов общества.

# История специальности

- Профессия семейного врача происходит из общепринятого традиционного представления о необходимости заботы о здоровье семьи в целом усилиями одного врача с широкими компетенциями.
- Специальность врача семейной практики была признана в феврале 1969 г. Американским советом медицинских специальностей и Советом по медицинскому образованию АМА
- В этом же году было зарегистрировано Американское общество семейной практики
- В настоящее время в США ежегодно выпускается 2000 семейных врачей

# Существенно

Более 60 % американских семейных врачей имеют статус не MD (medical doctor), а DO (osteopathy doctor) т.к. имеют 250 часов подготовки по остеопатии.

# Про настоящее

- В США в Академии семейной практики предусматривается наряду с всеобъемлющей общеврачебной и деонтологической подготовкой обязательное обучение по психологии, сексологии, психотерапии.
- В учебный план включены также такие дополнительные разделы как “семья-объект изучения”, “экологическая патология”, “традиционные методы диагностики и лечения” и даже “экстрасенсорика и понятие биополя”

# Про будущее

- Следующим важнейшим этапом формирования холистического мировоззрения семейных врачей США и Европы, а в последние 5 лет и России, стала концепция “функциональной медицины” на основе последних достижений геномики и эпигеномики

# Про прошлое

Но семейная медицина, похоже, зародилась не в США в 20 веке...

...а в дореволюционной России в XIX в.



# Земская медицина

Земская реформа в 1864 г. в России привела к рождению земской медицины, получившей весьма широкое распространение в 34 из 97 губерний и областей

# Земский врач

- Именно в начальный период земства сложился тип земского врача — человека, обладающего высокими морально-этическими качествами, бескорыстного общественного деятеля, который оказал влияние на формирование лучших традиций русской общественной медицины.
- Надо сказать, что с самого начала в основном молодые врачи шли на работу в земства. Это происходило под влиянием народнических идей — стремления служить народу. Именно в этот период и складывался тип земского врача в морально-общественном отношении.
- Образы земских врачей получили отражение в различных литературных произведениях (например, в сочинениях Чехова, Вересаева которые хорошо, не понаслышке знали специфику и условия работы земских врачей), в воспоминаниях современников.
- Прогрессивные земские врачи занимались не только лечением больных крестьян, но также вели работу по улучшению условий жизни населения.

# Земский врач

- Вот что писал по этому поводу председатель земского санитарного бюро Херсонской губернии Е.И. Яковенко: «Типы земских врачей отличались разнообразием. Они представляли различные степени смешения идеализма и скептицизма, служения и службы, общественного энтузиазма и усталой покорности судьбе, пестроту общественного и вообще умственного развития. В общем все сходилось на сознании серьезности выполняемой им работы»

# Стратегия

- Образованная в 1867 г. губернским земским собранием “постоянная медицинская комиссия” разработала к 1869 г. подробный план развития земской медицины в губернии, расчлняя его следующим образом:
  1. Устранение причин заболеваний — общественная гигиена.
  2. Доставка пособия заболевшим - общественное врачевание.
  3. Обеспечение существования неимущих — общественное призрение.

# Развитие

- Земская медицина была своеобразным «пробным камнем» для передовых общественно-медицинских идей. Внедрение их в практику шло крайне трудно, непоследовательно, порой в куцых формах: в конечном итоге все решали позиции дворянских собраний и их лидеров.
- Практическая роль земских врачей, как отмечал историк И. Д. Страшун, сводилась к «подталкиванию земств на развитие медицинской помощи». Несмотря на все эти громадные трудности, в некоторых губерниях страны (Московской, Екатеринославской, Херсонской, и ряде др.) удалось создать весьма стройную систему медицинского обслуживания населения

# ТИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ

- В разных местах вырабатывались следующие главные типы организации земской медицины:

- Уездный правительственный врач приглашался, за особое вознаграждение от земства, объезжать, в правильные сроки уезд и контролировать деятельность сельских земских фельдшеров, водворявшихся, в числе 5-10, в главных пунктах уезда и получавших, в небольшом количестве, лекарства для даровой раздачи больным. Городская больница поручалась заведованию того же врача

- Для той же цели приглашался особый земский врач, или последнему поручалось лишь заведование городской больницей, а разъезды возлагались на уездного врача.

- Приглашалось несколько земских врачей для разных частей уезда (участков), из которых один заведовал городской больницей, а другие (1-2) или, живя в городе, разъезжали по своим участкам, или поселялись в центре участков, принимая приходящих больных и контролируя фельдшеров.

## Разъездная и стационарная системы

- Желание сделать врачебную помощь равномерной (уравнительной) для всех земских плательщиков побуждало многие земства защищать и удерживать такую организацию медицины, при которой земский врач должен разъезжать по своему участку в известные правильные сроки или объезжая все селения и предлагая свою помощь больным, или навещая определенные сборные пункты, в которых поселены фельдшера, чтобы, одновременно с непосредственным лечением, контролировать деятельность фельдшеров.
- Если к этому прибавить, что земский врач обязан был выезжать по приглашению каждого земского плательщика в участок, постоянно навещать селения, пораженные какой-либо эпидемией, исполнять требования судебных и других властей, при чем концы поездок нередко составляли 30 верст и более, по неустроенным дорогам, то становится очевидным, что деятельность и служба врачей должны были проходить, при таких условиях, почти исключительно в разъездах.

- Земские врачи очень скоро стали тяготиться такой постановкой дела, считая его по существу почти бесполезным. Представители земства не могли сразу поверить заявлениям врачей, думая, что в них скрывается лишь эгоистичное желание избавиться от тягостных разъездов. Между тем, серьезная помощь, в размерах доступных врачебному искусству, большей частью несовместна с мимолетным осмотром больного, без многих вспомогательных средств и инструментов. Сроки приезда врача в какое-либо селение не всегда совпадают со временем более или менее тяжелых заболеваний; если же больные данного района аккуратно собираются к приезду врача в каком-либо сборном пункте, то врачу предстоит непосильная задача в течение одного рабочего дня осмотреть 100-150 больных.



# Смена организационной парадигмы

- При разъездной системе врач редко бывает дома и больные обыкновенно не знают, где и когда его найти. В результате значительная часть времени врача употребляется непроизводительно на разъезды, с их случайностями и задержками. Врач забывает свои познания и не совершенствуется путем наблюдений над больными. Разъездная служба столь утомительна и бесплодна, что на нее идут большей частью лишь врачи начинающие, молодые и сильные, но малоопытные, а по прошествии 2-3 лет и они употребляют все усилия, чтобы найти службу более покойную и плодотворную. Отсюда постоянная смена врачей и потеря тех выгод, которые дают опытность и знание местных условий.
- Борьба мнений из-за разъездной системы, длившаяся лет 15, в большинстве случаев окончилась ее осуждением со стороны уездных земских собраний и торжеством стационарной системы, при которой разъезды врача ограничиваются самыми необходимыми случаями.
- Врач, живя в центре участка, должен в определенное время дня быть дома, принимать проходящих больных и иметь в своем заведовании больницу для помещения больных более трудных или требующих хирургического или иного, более активного лечения.

# Смена организационной парадигмы

- Постепенно разъездная система, через промежуточную форму — смешанную, была заменена стационарной.
- При смешанной форме уже существовали постоянные врачебные пункты, врачи выезжали из них только в экстренных случаях: при отравлениях, трудных родах, тяжелых травмах, эпидемиях и др.
- В начале 80-х годов 19 в. более передовые в экономическом отношении земства приступили к постройке сельских лечебниц, стали приглашать в них врачей;
- Появление в земствах двух и более врачей на уезд создало возможность разделения территории его на участки в соответствии с количеством врачей и постоянного (стационарного) размещения их в определенных пунктах уезда (не обязательно с наличием больницы). Тем самым впервые зародилась система мед. обслуживания, впоследствии переросшая в участково-территориальную. Возникновение врачебного участка на селе — впервые в истории здравоохранения — одна из серьезных заслуг земской медицины

# Участковость

- Система обособленных врачебных участков начинает устанавливаться более прочно; врачи размещаются в разных частях уездов, и при них возникают маленькие земские больницы или так называемые приемные покои.
- Фельдшерские самостоятельные пункты уменьшаются в числе и являются лишь как вспомогательное средство в отдаленных углах участков. Разъезды врачей все еще велики и считаются серьезным проявлением их полезной деятельности.
- По настоянию врачей и их съездов и ввиду фактических доказательств в пользу так называемой стационарной системы, число врачебных участков увеличивается, достигая 4, 5 и более на уезд; самостоятельная деятельность фельдшеров сокращается и местами совершенно упраздняется; число и размеры сельских больниц увеличиваются; приглашаются особые врачи для деятельности, преимущественно санитарной; учреждаются уездные врачебные советы для заведования медицинской частью.
- Некоторые из вышеперечисленных типов давно уже отошли в область истории, а другие существуют и поныне.

- По данным И. Д. Страшуна, к началу XX века по 34 губерниям система медицинского обслуживания была «смешанной» в 219 уездах, «стационарной» — в 138 и «разъездной» — в 2 уездах.
- Почти 40 % земских врачей приходилось только на 7 губерний. Один врачебный участок обслуживал от 9500 до 28 000 человек, радиус участков колебался от 17 до 39 верст.

# Московская губерния

- Больших успехов добилась врачебная организация Московской губернии во главе с Е. А.Осиповым, к которому присоединился выдающийся ученый-гигиенист Ф. Ф. Эрисман. Здесь удалось утвердить передовые принципы участковой врачебной стационарной помощи, санитарное направление в медицинской деятельности, широко использовать медико-статистический метод. Был разработан ряд важных методических положений врачебной практики.
- «Земская медицинская организация, — утверждает Е. Н. Якубова, — самостоятельно выработала принципы и методы обслуживания сельского населения страны».

# Фундамент офисного принципа

- Увеличение числа врачей и мед. учреждений на селе поставили вопрос об их правильном размещении. Один из видных земских врачей А. П. Воскресенский четко изложил структурные принципы врачебного участка: «...должно стремиться не к централизации, не к устройству больших больниц в одном-двух местах уезда..., а к децентрализации, к возможному приближению врачей к населению, к тому, чтобы была учреждена нормальная сеть врачебных участков: т. е. такое их число, при котором больные, — при недалежном проживании от них врача, находили бы возможным преодолевать это расстояние, ездить к врачу за помощью...».

# Врачебный участок

- За первые 40 лет существования земской медицины были достигнуты следующие результаты: количество врачебных участков в 1870 году – 530, в 1910 году – 2686; средний радиус участка в верстах в 1870 году – 39, в 1910 году – 17.
- На службе у земств состояло 3100 врачей, при этом каждый врач в среднем обслуживал участок радиусом примерно 17 вёрст, где проживало 28 тысяч человек. М. А. Булгаков, работавший земским врачом в Смоленской губернии, ярко описал этот период своей жизни в повести «Морфий» и сборнике рассказов "Записки юного врача".
- Врачебный участок, явившийся основной организационной формой земской медицины и крупнейшей ее заслугой, был рекомендован в 1934 г. Гигиенической комиссией Лиги Наций другим странам для организации медпомощи сельскому населению.
- Организация медпомощи по принципу территориальной участковости, присущая земской медицине, легла в основу советского здравоохранения и перешла по наследству к российской медицине.

- Т. о., сложилась структура организации мед. обслуживания сельского населения, включавшая три звена врачебной помощи: земский врачебный участок — уездная больница — губернская больница.
- Однако в дальнейшем в связи с недостатком лечебных стационарных учреждений, врачей и другого медперсонала эта структура не получила последовательной и повсеместной реализации.



- Обращаемость сельского населения в участковые лечебницы находилась в прямой зависимости от расстояния: при расстоянии (радиусе) до участковой лечебницы в 5—6 верст обращаемость была близка к 100% (от всех заболевших), при расстоянии в 7—12 верст — падала до 50% , а при большем расстоянии, учитывая плохое состояние дорог, едва достигала 20% в год.

- Прогрессивные ученые врачи постоянно помогали земским врачам, особенно начинающим в улучшении знаний и специализации и т. д.
- Среди передовых врачей, помогавших земским медикам, можно назвать хирургов Н. В. Склифосовского, П. И. Дьяконова, акушера-гинеколога В. Ф. Снегирева и многих многих других известных и не очень.

# СЪЕЗДЫ ЗЕМСКИХ ВРАЧЕЙ

- Первый съезд земских врачей был созван в Твери в 1871 г. Не оставалось ни одной земской губернии, в которой бы не было съездов врачей. В некоторых губерниях их было по 10-12. Большим оживлением отличались первые съезды в Самаре и Рязани.
- Первый съезд в Москве (1876 г.) послужил началом стройной деятельности московского земства в области земской медицины.
- Большею частью съезды приступали, особенно вначале, к рассмотрению вопросов земской медицины, не зная того, как те же вопросы обсуждались на съездах других губерний и разрешая их совершенно заново, и независимо друг от друга.

# СЪЕЗДЫ ЗЕМСКИХ ВРАЧЕЙ

- Выдающееся место занимает единственный в своем роде областной съезд врачей, созванный в Харькове, в 1881 г. специально для обсуждения вопросов о борьбе с дифтеритной эпидемией. Созваны были представители земств 6 губерний, земские врачи этих губерний и представители Харьковского университета.
- Съезд этот доказал совершенную непрактичность многих мероприятий, созданных по готовым западным образцам, и констатировал невозможность успешной борьбы с экстренным бедствием без наличия известной постоянной организации и без доверия населения к медицинскому персоналу.
- К заслугам съездов врачей относится разработка подробностей организации земской медицины, введение правильных и удобных приемов регистрации наблюдаемых фактов, установление задач больничного врачевания и типов больниц, разработка способов организации предохранительного оспопрививания. Особенно полезными оказывались те съезды, в состав которых входили также представители земских управ.

# СЪЕЗДЫ ЗЕМСКИХ ВРАЧЕЙ

- По всем земским губерниям до 1913 г. состоялось 378 губернских съездов земских врачей (помимо специальных съездов и совещаний по борьбе с холерой и др.).
- Особую роль в истории земской медицины сыграли съезды врачей “в память Н. И. Пирогова”

# Наставничество

- Существенную роль в развитии и совершенствовании основных принципов земской медицины и развития наставничества сыграли:
- прогрессивная медицинская периодическая печать — «Московская медицинская газета», «Врач», «Русский врач», «Журнал общества русских врачей в память Н. И. Пирогова», «Общественный врач»
- передовые медицинские профессиональные общества — «Общество русских врачей в Москве», «Общество врачей в Казани», «Общество русских врачей в память Н. И. Пирогова».
- Прогрессивные профессора-медики — П. И. Дьяконов, А. В. Корчак-Чепурковский, В. Ф. Снегирев, Н. Ф. Филатов, Ф. Ф. Эрисман и др. были тесно связаны с земскими врачами и способствовали совершенствованию земского мед. дела.
- Из среды земских врачей вышла плеяда крупных представителей отдельных мед. специальностей: хирурги С. И. Спасокукоцкий, А. Г. Архангельская; офтальмолог В. А. Шафрановский; психиатр В. И. Яковенко и многие другие.

# Пироговские съезды

- Правление Пироговского общества фактически стало идеологическим вождем земской медицины.
- На 1-м Пироговском съезде его председатель Н. В. Склифосовский определил земского врача как «основную фигуру среди русских врачей».
- Ядром общественной медицины были также в основном земские врачи;
- На Пироговских съездах земские врачи получали возможность устанавливать связь и учиться у крупнейших представителей отечественного медицинского мира — С. П. Боткина, его учеников - С. С. Корсакова, А. А. Боброва, Г. Н. Габричевского и многих др.
- Главные этапы развития лечебно-санитарного дела в земствах нашли полное отражение в трудах Пироговских съездов.

# Санитарное просвещение

- В 1894 г. по инициативе земского врача А. П. Воскресенского при Пироговском обществе была создана постоянная «Комиссия по распространению гигиенических знаний в народе».
- Комиссией издавались популярные брошюры, листовки, диапозитивы, посвященные гл. обр. борьбе с заразными болезнями на селе;
- врачи читали популярные лекции на медицинские темы и т. п.
- Деятельное участие в комиссии принимали выдающиеся земские врачи - с 1901 г. в течение 15 лет ею руководил А. В. Мольков.



# ДОСТИЖЕНИЯ И ИТОГИ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ

- Если сравнивать земскую медицину и предшествующую ей медицину Приказа общественного призрения, то можно совершенно определенно сказать, что земская медицина сыграла прогрессивную роль в развитии медицинского обеспечения жителей сельской местности. Медицинская помощь посредством земской медицины осуществлялась в 34 губерниях.
- Земская медицина – выдающийся шаг вперед, новое оригинальное явление не только в России, но и во всем мире.
- Такой способ организации здравоохранения сельского населения был единственным в истории примером организованной медицинской помощи в условиях капитализма сельским жителям.

# ДОСТИЖЕНИЯ И ИТОГИ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ

- Земско-медицинским делом рождены такие принципы организации здравоохранения, как общедоступность и бесплатность, профилактическое направление, участковость, участие самого населения в охране здоровья.
- В земской медицине сформировался врач-универсал, обладавший широким кругом знаний и практических навыков, врач-ученый, аналитик, статистик, организатор здравоохранения.
- Огромную роль в развитии отечественного здравоохранения сыграл и «коллективный разум» — съезды земских врачей, решавшие вопросы, «выдвинутые жизнью».
- В лоне земской медицины возникли новые учреждения здравоохранения — летние детские ясли-приюты, лечебно-продовольственные пункты для пришлых рабочих, грязелечебницы; были высказаны идеи о создании лечебных учреждений по типу современных хосписов. Земство организовывало фельдшерские и акушерские школы, санитарные бюро, оспенные телятники, бактериологические институты...

# Мировая роль

- Итоги медико-санитарной деятельности в земстве в обобщенном виде впервые были представлены за рубежом на Международной гигиенической выставке в Дрездене (1911), а также на Всероссийской гигиенической выставке в Петербурге (1913) и вызвали единодушную высокую оценку. Основными организаторами экспозиции земской медицины работы были земские врачи З. Г. Френкель, П. И. Куркин, С. Н. Игумнов.

- По этому поводу Н. А. Семашко писал: «Таким образом, участковый принцип, впервые примененный в нашей стране земской медициной, еще в дореволюционное время должен был получить международную апробацию. Заслуга применения этого принципа принадлежит нашей стране». Чрезвычайно важна роль з. м. в развитии мирового здравоохранения.
- Известный гигиенист М. Я. Капустин подчеркивал: «Западная Европа выработала медицинскую помощь в болезнях преимущественно в виде личного дела больного и служащего ему врача, на правах ремесла или торговли. Русская земская медицина явилась чисто общественным делом. Помощь врача в земстве не есть личная услуга за счет больного, не есть также и акт благодеяния, она есть общественная служба...».

- «Как высший, так и узкий интерес земского врача заключается в сокращении числа больных и продолжительности болезней. Задачи лечущей медицины и гигиены здесь идут рука об руку в неразрывной связи».
- Организационные формы, выработанные з. м., в значительной степени были восприняты городской медициной и фабрично-заводской медициной, которые начали приобретать более определенные черты на рубеже 19 и 20 вв. в связи с дальнейшим развитием капитализма, ростом промышленности и городов.
- Вместе с тем з. м. была бессильна решить ряд проблем, осуществить которые позволила только государственная система здравоохранения уже в советское время

# Достижения ЗМ с 1870 до 1910 г.

	1870 г.	1910 г.
Число врачей в земских губерниях,	610	3082
вт. ч. в сельской местности	243	2335
Число врачебных участков	530	2686
Площадь среднего врачебного участка (в квадратных верстах)	4860	930
Радиус среднего врачебного участка (в верстах)	39	17
Количество населения на 1 врачебный участок (в среднем в тыс.)	95	28
Число больничных коек в среднем		
на 1 врачебный участок	14,5	13,7*
на 10 000 населения	1,5	4,8
Число самостоятельных фельдшерских пунктов	1350	2620
Ассигнования на медицинское дело (по 34 губерниям)	2,5 млн. руб.	48,3 млн. руб.
* Уменьшение относительное, объясняется значительным ростом врачебных участков.		

# Наставничество в семейной медицине в наше время на примере Ассоциации ВОП МО

- Молодые и неопытные семейные врачи, семейные медицинские сестры на начальном этапе своего профессионального становления и самостоятельной медицинской деятельности на рабочих местах встречаются с множеством проблем практического характера , и нуждаются в помощи и поддержке более опытных семейных врачей/семейных медсестер - своих коллег.

- **Наставничество** – это система, направленная на улучшение качества оказываемой первичной медико-санитарной помощи населению путем передачи знаний, улучшения клинических навыков и отношений опытным семейным врачом/ семейной медсестрой менее опытному или молодому специалисту.



# Ключевые определения

- **Наставник** - опытный семейный врач или семейная медицинская сестра, обладающий высокими профессиональными и нравственными качествами, проводящий в индивидуальном порядке работу с молодыми семейными врачами, семейными медсестрами и выпускниками по их адаптации к профессиональной деятельности и последующему профессиональному развитию;
- **Наставляемый** - молодой семейный врач (выпускник, работающий по распределению, в течение срока обязательной работы по распределению) или медсестра, а также не имеющий опыта работы или менее опытный семейный врач (семейная медсестра), имеющие трудности в практической работе.

- Наставничество является неотъемлемым элементом кадровой политики, средством воспитания и обучения семейных врачей и медсестер, принятых на работу в учреждения ПМСП системы Министерства здравоохранения
- Система наставничества позволяет избежать снижения качества работы семейных врачей и медсестер и оказываемой первичной медико-санитарной помощи населению в период адаптации вновь принятых на работу молодых (выпускников), а также неопытных СВ/СМС, способствует формированию поведенческих моделей.

# Цель

- Целью наставничества является приобретение молодыми или неопытными специалистами семейной медицины необходимых профессиональных знаний и навыков, повышение их компетентности в соответствии с квалификационными требованиями, а также воспитание у них требовательности к себе и заинтересованности в результатах труда, оказание им помощи в их профессиональном становлении и привлечение к участию в общественной жизни организации.

# Основные задачи наставничества:

- оказать моральную и психологическую поддержку молодому семейному врачу/семейной медсестре в преодолении профессиональных трудностей, усвоении традиций и норм поведения в учреждении;
- повышать уровень профессиональных знаний врачей и медсестёр;
- обеспечить взаимосвязь и преемственность профессиональной деятельности разных поколений работников;
- обеспечить взаимосвязь и преемственность деятельности с специалистами узкого профиля;
- освоить должностные обязанности, развивать позитивное отношение к работе со стороны молодых семейных врачей и медсестёр;
- развивать систему само- и взаимной оценки, обратной связи со стороны обучаемых и наставников;
- Формировать командный подход в работе учреждений ПМСП;
- формировать высокие нравственные принципы, чувство ответственности, уважения к профессии и добросовестного отношения к выполнению трудовых обязанностей.

# Основные методы наставничества:

- непосредственное наблюдение за деятельностью врача/медсестры в повседневной практике;
- обсуждение и обмен мнениями о наблюдаемых процессах, проблемах;
- оказания практической помощи по улучшению навыков (демонстрация навыков);
- оценка с предоставлением отзывов и рекомендаций для улучшения;
- эффективная обратная связь между участниками наставничества (обучаемый, наставник, руководители ПМСП).

*Наставничество не является проверкой или экзаменом, а отзывы носят рекомендательный характер.*

## На уровне учреждений ПМСП могут применяться следующие формы наставничества:

- **индивидуальное наставничество** - наиболее распространенная форма, при которой за наставником закрепляется один или два молодых семейных врача/семейных медсестер;
- **групповое наставничество**, при котором наставник руководит группой молодых семейных врачей/семейных медсестёр;
- **коллективно-индивидуальное наставничество**, при котором наставничество над одним молодым семейным врачом/семейной медсестрой осуществляет группа семейных врачей или медсестер;
- **коллективно-групповое наставничество**, при котором наставничество группой семейных врачей/медсестер осуществляется над группой молодых семейных врачей/семейных медсестёр.

# НЕОБХОДИМЫЕ КАЧЕСТВА НАСТАВНИКА

- Наставники помогают заполнить пробелы в навыках и знаниях, и искать возможности на рабочем месте, чтобы помочь врачу/медсестре развиваться и преуспевать.
- Обязательное качество – **профессионализм** наставника.

# НЕОБХОДИМЫЕ КАЧЕСТВА НАСТАВНИКА

- Важную роль играют личные качества: хороший наставник заслуживает доверия, профессионален и этичен.
- Он должен обладать сочувствием и мудростью, относиться к врачу доброжелательно, как к коллеге, достаточно хорошо понимать его личную жизнь, чтобы знать внешние факторы, которые могут повлиять на работу семейного врача/семейной медсестры, и заботиться об их благополучии.
- В то же время, наставник должен быть честным и не бояться рассказать врачу правду о работе или поведении врача, но всегда в благоприятной форме.
- Врачи/медсестры склонны чувствовать себя уязвимыми перед более опытным врачом, поэтому наставник должен способствовать тому, чтобы они чувствовали себя комфортно, делились своими практическими проблемами и задавали вопросы, которые сначала могут показаться «глупыми».



# НЕОБХОДИМЫЕ КАЧЕСТВА НАСТАВНИКА

- Наставник должен быть хорошим слушателем, готовым к самосовершенствованию, способным принять конструктивную критику и желать максимально использовать свое время и энергию.
- Поскольку не бывает универсальных специалистов, и совершенству профессионализма нет предела, поэтому каждый человек (наставник и врач) должен знать, что они несут личную ответственность за построение и поддержание конструктивных отношений.

# НЕОБХОДИМЫЕ КАЧЕСТВА НАСТАВНИКА

- Далее идут учебный и руководящий аспекты, помогающие врачу/медсестре развивать свою профессиональную жизнь, улучшая навыки и поведение в повседневной работе.
- Не следует заставлять семейного врача/семейной медсестры чувствовать, что они «сдают экзамен» в этом процессе.
- Наставник должен обладать способностью проявлять терпение и сообщать о новых или, возможно, довольно сложных идеях, в любом темпе, который необходим для понятия семейного врача/семейной медсестры.
- У наставника должно быть развито чувство приверженности /ответственности
- Будущие семейные врачи/семейные медсестры должны чувствовать, что они могут положиться на своего наставника в трудную минуту, когда они в нем нуждаются.
- Наставник передает мудрость, знания, опыт, конструктивную критику и поддержку.

# НЕОБХОДИМЫЕ КАЧЕСТВА НАСТАВНИКА

- Ролевые модели. Наставник служит примером для подражания, поэтому ему необходимо осознавать силу этой позиции и разумно использовать ее. Он также сможет определить и вдохновить молодых семейных врачей/семейных медсестр на будущее лидерство по своей специальности и развивать уверенность в том, что в будущем они тоже могут работать в качестве наставников.
- Система сети по наставничеству. Все наставники должны продолжать наращивать потенциал по всей стране, делиться опытом наставничества и учиться друг у друга в системе сети взаимного доверия.

# ВОПРОСЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ОЦЕНКИ НАСТАВНИКА

Наставник во время проведения наставничества в учреждении ПМСП должен обратить внимание на следующие моменты:

- Состояние здания, месторасположение, материально-техническая база и санитарно-гигиенические условия в офисе;
- Наличие медицинских кадров (количество семейных врачей/семейных медсестёр, из них сколько мужчин и сколько женщин);
- Наличие профессиональных этических качеств у семейных врачей/семейных медсестёр;
- Отношение семейного врача/семейной медсестры к пациентам: врач/медсестра должен быть приветливым, терпеливым, позволяющим слушать и слышать пациента, иметь уважительное отношение, обеспечивать индивидуальный прием, выслушивать жалобы больного, тщательный сбор анамнеза жизни и болезни, соблюдать санитарно-гигиенические правила при осмотре пациентов и т.д.).

## Оценка офиса семейного врача для приема пациентов:

- Состоит ли офис в чистоте и в порядке?
- Наличие сумки семейного врача/семейной медсестры для визитов с необходимым набором инструментов и лекарств.
- Количество пациентов, одновременно находящихся в офисе, обеспечены ли условия приватности при приеме пациентов?
- Где находится медицинская сестра, чем она занимается?
- Наличие доврачебного кабинета и его оснащение.
- Использование инструментальных и лабораторных методов обследования.

# Записи в истории болезни

- При сборе жалоб и анамнеза жизни и заболевания задает ли врач *открытые вопросы* (как долго, с какого времени и каким образом, как часто)?
- Существуют ли уже дифференцированные диагностические идеи в самих вопросах, задаются ли вопросы, которые ведут далее или исключают вопросы, вопросы об окружении пациента, не «общая история», а сфокусированные вопросы?
- Имеются ли более ранние записи, внесены ли результаты?

# Физикальное обследование

- Проводит ли семейный врач физикальный осмотр внимательно и подробно, в соответствии с дифференциальной диагностикой, но ограничивается ли минимальным осмотром ?
- Существуют ли типичные ошибки или пробелы в знаниях, имеются ли ненужные для конкретного пациента шаги при осмотре?

# Диагностика

- Проводит ли СВ дифференциальную диагностику на основе результатов или рабочего диагноза.
- Что знает семейный врач/семейная медсестра, а что нет, имеются ли явные недостатки или трудности, например, для переобученного семейного врача/семейной медсестры в новой медицинской сфере?
- Объясняет ли семейный врач результаты или диагноз пациенту?
- Понимает ли все пациент, удовлетворен ли пациент этим объяснением?



# Лечение

- Является ли назначенное лечение адекватным, согласно руководящим принципам?
- Объясняет ли СВ назначенное лечение пациенту, а также почему назначает немного лекарств?
- Объясняет ли он продолжительность лечения, прогноз болезни?
- Приходят ли к соглашению СВ и пациент, назначена ли дата следующего посещения пациента?
- Объясняет ли СВ о хронических заболеваниях и их последствиях, уделяют ли должное внимание медицинские работники пациенту?
- Поощряет ли врач пациента словами (например, «все будет хорошо, мы справимся вместе!»)
- Говорил ли врач/медсестра о профилактических мерах?

# Другие обследования

- Выписывает ли СВ направление в лабораторию, к узкому специалисту, в стационар?
- Обосновывает ли у он свое направление для дополнительных методов исследования (например, для УЗИ)?
- Проводит ли СВ сам диагностические процедуры (например, использование глюкометра, тест-полосок для анализа мочи)?
- Оценивает ли он свои возможности или пределы знаний/навыков?
- Консультируется ли врач со своими коллегами в СЦЗ или с другими специалистами?

# Общие сведения

- Слабые стороны врача в системе здравоохранения.
- Наставник может вмешаться или помогать при заполнении истории болезни или обследовании, но чаще в процессе дифференциальной диагностики.
- Малые клинические оценочные задачи (КОЗ) всегда проводятся в конце процесса наставничества, являются конфиденциальными между доктором/медсестрой и наставником.

# Спасибо за внимание!

---

**Чудаков Сергей Юрьевич**

Председатель Правления Ассоциации  
семейных врачей Московской области,

к.м.н., доцент кафедры семейной  
медицины МОНИКИ,

Вице-президент НАЗВР

8-916-268-05-65