

Следовательно, имеет место избирательность и действует механизм рационализации при интерпретации психологически неприятной информации. «Самоуспокоенности» способствует популярный тезис средств массовой информации об опасности для здоровья и жизни, прежде всего, пожилых людей с хроническими заболеваниями.

Мы также предложили студентам оценить необходимость использования ими следующих действий: мытье рук, самоизоляция, социальное дистанцирование, использование антисептиков, ношение масок, использование перчаток. В среднем студенты считают первоочередными мерами для предотвращения заражения COVID-19 мытье рук (92 %) и использование антисептиков (86,2 %). При этом, несмотря на введенный масочный режим в общественных местах, ношение масок и перчаток студенты не считают важными и необходимыми в условиях пандемии.

### **Заключение**

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы и обобщения:

1) проблема отношения студентов медицинского университета к инфекции COVID-19, методам и способам профилактики заражения является особенно актуальной с точки зрения их социальной осведомленности и готовности к определенному социальному поведению в актуальной напряженной эпидемиологической ситуации;

2) социальный опыт 2020–2021 гг., полученный в условиях пандемии COVID-19, а также принимаемые в Республике Беларусь меры по сдерживанию распространения инфекции, способствовали формированию у студентов социальной компетентности;

3) с одной стороны, студенты в значительной степени привыкли и адаптировались к жизни в условиях пандемии; с другой стороны, длительная эмоциональная напряженность, обусловленная необходимостью социальных ограничений, вызвала обесценивание важности таких мер профилактики заражения, как ношение масок или перчаток.

Таким образом, важнейшей задачей медицинского образования представляется формирование у студентов медицинского университета осознанности использования различных способов и средств предотвращения заражения COVID-19.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Wegner, D. M.* Justice and awareness of social entities. In Greenberg J., Cohen R.L. (Eds.). *Equity und justice in social behavior* / D. M. Wegner [et al.] // New York: Academic Press. — 1980. — P. 77–117.
2. *Wegner, D. M.* The forms of social awareness. In W. Ickes & E.S. Knowles (Eds.) *Personality, roles, and social behavior* / D. M. Wegner, T. Giuliano. — New York: Springer, 1982. — P. 165–198. — doi: 10.1007/978-1-4613-9469-3\_6.
3. *Dwivedi, P. K.* Role of media in social awareness / P. K. Dwivedi, I. Pandey // *International Journal of Humanities & Social Sciences*. — 2013. — Vol. 1, № 1. — P. 67–70.
4. *Немцев, О. Б.* Оценка студентами разных специальностей проблемы COVID-19 / О. Б. Немцев, А. Б. Бугаев, С. С. Грунина // *Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта*. — 2020. — № 5(183). — С. 532–538.

**УДК 614.2:616**

## **ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД В РАБОТЕ КОМАНДЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

**Дмитриева Н. В., Шаршакова Т. М., Гапанович-Кайдалов Н. В.**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Внимание к проблеме интеграции в здравоохранении возросло так же и в Беларуси, как и во многих странах в последние 10–15 лет. Растущий уровень

фрагментации оказания медицинской помощи, обусловленный наметившейся тенденцией к узкой специализации, обуславливает необходимость решения данной проблемы. Интегративный подход предполагает анализ целостной системы здравоохранения, включающей несколько уровней:

1. Макроуровень, или уровень стратегического управления: прогноз, планирование, разработка долгосрочных целей, обеспечение их достижения. Цели управления национальной системой здравоохранения: улучшение и сохранение «человеческого капитала», состояния здоровья населения, в условиях финансовых ограничений — эффективное использование ресурсов.

2. Мезоуровень, или уровень тактического управления: проектирование, оптимальное распределение ресурсов в соответствии с выбранной стратегией, организация, анализ и контроль достижения результатов.

3. Микроуровень, или оперативный уровень: эффективное выполнение производственных процессов с соблюдением соответствия технологий, оптимальное использование ресурсов, учет, анализ, контроль. Цели управления организацией здравоохранения — управление профессиональной и финансовой деятельностью учреждения для решения поставленных задач в оказании медицинской помощи населению, выявление возникающих при достижении цели отклонений с последующим принятием и реализацией решений по их устранению [1].

В центре интегрированной системы оказания медицинской помощи в Беларуси стоит врач общей практики, который ответственен за постоянно обслуживаемое население. В соответствии с Программой деятельности Правительства Республики Беларусь на 2016–2020 гг. предполагается «развитие стационарозамещающих технологий, переход к общеврачебной практике с увеличением к 2020 г. до 100 % доли врачей, работающих по принципу врача общей практики в системе оказания первичной медицинской помощи» [2].

#### **Цель**

Отработка интегрированных подходов к организации медицинской помощи в команде врача общей практики.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В настоящее время медицинская помощь осуществляется силами многопрофильных бригад специалистов, в составе которых главную роль играет команда — врач общей практики, отвечающий за обеспечение преемственности лечения и регулярный контакт с больными пациентами, помощник врача, медсестра общей практики. Перераспределить функции, помочь больному сможет вся команда. При этом осуществляется переход от эпизодической помощи по обращению к постоянному наблюдению за состоянием пациента. Врач общей практики сегодня — это специалист широкого профиля, владеющий навыками узкого специалиста, что позволяет ему лечить и обследовать пациентов с факторами риска и наиболее распространенными заболеваниями. Команда — врач общей практики, помощник врача, медсестра общей практики должна быть готова оказать помощь всем членам семьи, и хорошо знать вопросы профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы, паллиативную помощь. Значимым для организации интегрированной медицинской помощи является создание должным образом обученного и мотивированного персонала, который полностью осознает ценность совместной деятельности. При этом наряду с врачами общей практики важная роль по оказанию помощи в первичном звене отводится медсестрам. Медсестры работают согласно протоколу, позволяющему им проводить физическое и лабораторное обследование, диагностику и лечение, обычно под контролем врача.

Важным элементом интегрированной помощи выступает тесная координация деятельности больниц и организаций по послебольничному уходу. Это ключевой принцип, на котором строятся стратегии борьбы с неинфекционными заболеваниями в первичном звене. На первичном звене мы отрабатываем ме-

ханизмы, помогающие эффективно воздействовать на факторы риска и контролировать основные неинфекционные заболевания. Традиционная модель приема, когда медицинская сестра находится в одном кабинете с врачом, нарушает конфиденциальность и часто мешает пациентам открыто обсуждать свои проблемы. Мы отмечаем это как серьезный барьер. Одно из наших предложений — внедрение таких структурных изменений, при которых врач общей практики, медсестра и помощник врача будут находиться в разных кабинетах и вести самостоятельный прием. Такая форма приема, достаточное количество времени и комфортная обстановка более располагают для откровенного разговора медицинского работника и пациента для решения определенных проблем. Врач и его команда должны обладать достаточной компетенцией, навыками коммуникации для того, чтобы работать с пациентами в профилактическом направлении. Их основными задачами станут: проведение профилактической работы, направленной на выявление факторов риска развития заболеваний и их предупреждение; проведение мотивационного консультирования по факторам риска развития неинфекционных заболеваний и приверженности к лечению; назначение лабораторного, рентгенологического и других диагностических исследований, анализ их результатов для установки диагноза и характера течения заболевания; оказание пациентам необходимой медицинской помощи; проведение реабилитационных мероприятий. Однако для положительного результата в этой деятельности важен не только вклад врача и медицинской сестры, но и помощь самого пациента.

Проведенный хронометраж рабочего времени подтвердил причины потерь времени пациентом. Это неправильная логистика: отсутствие оптимального маршрута человека (для проведения всего комплекса необходимых медицинских мероприятий) и преемственности между службами, низкий уровень администрирования всех. Поддержка принятия решений — предполагает общие для интегрированных систем клинические стандарты и рекомендации, обучение врачей идет с акцентом на соблюдение согласованного порядка ведения пациента.

Одной из причин повышенного внимания к первичной медицинской помощи и необходимости ее совершенствования является адаптация системы здравоохранения к современным демографическим и эпидемиологическим условиям, в частности, таким как старение населения и увеличение бремени неинфекционных заболеваний. Проблема неинфекционных заболеваний — актуальный вызов не только для системы здравоохранения, но и для всей страны. Эффективность работы врача общей практики или семейного врача во многом будет зависеть от того, как построена вся система, начиная с взаимодействия врача, медсестры и помощника врача, системы до- и последипломной подготовки. Взаимосвязь врача общей практики с узкими специалистами, существующая система направлений на другие уровни, финансирование, мотивация для врача и механизмы оплаты со стороны пациента также влияют на окончательный результат. Работа семейного врача направлена на человека. Это не просто эксперт, который дает рекомендации, он общается на равных с таким же экспертом-пациентом, который имеет свою точку зрения на свое заболевание, симптомы и иногда приходит со своими аргументированными убеждениями в том, какие нужны дальнейшие исследования и назначения. Чтобы избежать конфликта, необходим диалог. При современной доступности информации пациенты сами настаивают на определенном лечении, и задача врача — понять желания пациента, а потом терпеливо и грамотно, основываясь на фактах, согласовать с ним оптимальный способ решения его проблемы со здоровьем. Сегодня, когда маркетинг технологий притягивает все больше пациентов, а количество пожилых людей с несколькими хроническими заболеваниями увеличивается, возникает острая необходимость в правильно организованном первичном здравоохранении, которое больше ориентировано на потребности людей и больше вовлекает пациен-

тов в процессы оказания помощи. Также все больше подчеркивается польза медицинских сестер и помощников врачей. В первичном здравоохранении должен работать квалифицированный врач общей практики, который действительно контролирует ситуацию в обслуживаемом участке и видит население в целом, он должен уметь вовремя идентифицировать и мотивировать пациентов из группы риска вовремя пройти профилактический осмотр. Важно во время приема успеть уделить внимание не только основной жалобе пациента, но и его повседневному поведению, которое может влиять на состояние здоровья. Для обучения пациентов с хроническими заболеваниями и использования так называемого мотивированного консультирования очень полезными помощниками (после определенного обучения) становится медицинская сестра и (или) помощник врача, так как у врача общей практики при увеличивающихся потоках «хронических» пациентов на это может не хватать времени. Врач общей практики оказывает помощь не только в области терапии, но и помогает в решении постоянно увеличивающихся психологических и психосоциальных проблем. Важной характеристикой профессионализма медицинского работника (как врача, помощника врача, так и медицинской сестры) является способность воспринимать эмоциональное состояние пациента, сострадать и принимать необходимые меры. Нельзя недооценивать умение общаться с пациентом и его близкими. Развитие этих навыков входит в программу подготовки медицинского персонала. Это решающий фактор для формирования доверия к врачу и удовлетворенности пациента. Посещение помощником врача пациентов на дому связано с контролем общего состояния пациента и выполнения им врачебных назначений, а также взаимодействием с социальными работниками, обслуживающими пациента на дому. Кроме того, благодаря этому проводится работа по формированию здорового образа жизни в семье, профилактике инфекционных заболеваний. В случае ухудшения состояния пациента решается вопрос о привлечении врача для консультации или вызове скорой медицинской помощи. Помощник врача, приходящий на дом к пациенту, в состоянии провести оценку здоровья пациента и определить тактику дальнейшего лечения. Это позволяет не только повысить доступность медицинской помощи, но и действительно высвободить время для развития профилактической составляющей здравоохранения. Таким образом, функции помощника врача по своей квалификации и мероприятиям не заменяют врача, а позволяют рационально распределить обязанности для улучшения качества медицинского обслуживания.

### **Выводы**

Таким образом, основой интеграционных процессов выступают различные варианты моделей управления хроническими заболеваниями. Требуется разработка алгоритма обеспечения координации, преемственности и непрерывности оказания медицинской помощи, с учетом местных условий (демография, структура заболеваемости и смертности, оснащенность медучреждений техникой и кадрами и др.), создание единой информационной и организационно-технической системы, которая обеспечит доступ к актуальной базе нормативной и учетной медицинской документации, а так же позволит наладить информационный обмен учетно-отчетной документацией между различными организациями здравоохранения. При этом ведущую роль в интеграционных процессах играют организации первичной медицинской помощи, являющиеся организационным и координирующим звеном во взаимодействии с организациями, оказывающими специализированную медицинскую и социальную помощь.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кривенко, Н. В. Применение многоуровневого и интегративного подходов в управлении изменениями в здравоохранении // Международный научно-исследовательский журнал / Н. В. Кривенко. — 2015. — № 9(40), Ч. 1. — С. 45–47.
2. Постановление Совета Министров Республики Беларусь «Об утверждении Программы деятельности Правительства Республики Беларусь на 2016–2020 годы» № 274 от 5 апреля 2016 г. Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 15.04.2016, 5/41945.