

УДК 37.015.3

https://doi.org/10.33619/2414-2948/87/33

ОБЗОР ПРОБЛЕМ КАЧЕСТВА НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИХ РЕШЕНИЯ

©*Ниязова С. Б.*, канд. мед. наук, Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б.Даниярова, г. Бишкек, Кыргызстан

REVIEW OF THE QUALITY PROBLEMS OF ADDITIONAL EDUCATION OF DOCTORS AND THE MAIN DIRECTIONS FOR THEIR SOLUTION

©*Niyazova S., M.D.*, Kyrgyz State Medical Institute of retraining and advanced training, Bishkek, Kyrgyzstan

Аннотация. Эффективность реализуемых моделей развития той или иной подсистемы непрерывного медицинского образования следует оценивать на основе динамики влияния и вклада в достижение качества непрерывного медицинского образования. При этом необходимо стремиться к сбалансированному развитию не только смежных научно-практических направлений, но и фундаментально-методологических разделов медицинской науки, образования, практики, психологии, социологии, философии.

Abstract. Experience with the introduction of a competency-oriented supplementary education program, as well as a dual education system, in the educational process of the Kyrgyz Republic shows that the study of theory in unity with practice is the most an effective method of training, as it reveals and actively shapes the social and professional qualities of doctors, allowing faster and more successful adaptation to changing working conditions.

Ключевые слова: непрерывное медицинское образование, образовательный процесс, методы организации обучения, качество обучения.

Keywords: additional education, educational process, methods of learning, quality of education.

Кадровое сопровождение реформ является одним из основных проблем повышения качества медицинской помощи (КМП) в системе здравоохранения во всем мире, в том числе и в КР [7, 16, 65, 83]. Анализ научно-методологических проблем показывают, что многие вопросы управления КМП, сопряженные с развитием системы здравоохранения, познания, науки, образования остаются вне поля зрения, как педагогов, клиницистов, социологов, так и организаторов здравоохранения [8, 14, 36, 59, 84].

К вышесказанным вопросам можно отнести:

- 1) Вопросы теории и методологии медицины, истории и философии науки, социологии и философия медицины;
- 2) Принципы развития медицины и здравоохранения, влияние на них таких социальных явлений, как рынок, политика, система познания, науки и образования, стратегия и психология познания;
- 3) Модели медицины, выбор приоритетов, мониторинг направлений и пр. [4, 5, 13].

Очевидно, НТ-ТП заставляет активизировать личностный потенциал каждого из врачей, а потому для того, чтобы соответствовать сегодняшнему статусу ему следует постоянно заботиться о повышении не только уровня профессионализма, но и уровня образованности, научного кругозора, научно-мировоззренческой культуры (усл. — «Н-МК»).

Гамбургская декларация об обучении взрослых (1997) определяет научно-образовательный процесс как «обучение на протяжении всей жизни» [4-6, 22, 24]. Отныне врач сам, исходя из своего мотива, личностных установок, уровня своей научно-практической подготовленности, познает, систематизирует знания, устанавливая истинность и непротиворечивость новых знаний.

В КР важность проблемы формирования кадрового потенциала определяется тем, что до сих пор отсутствуют четкая кадровая политика в системе здравоохранения, но самое главное — имеют место недостаточное финансирование, когда естественные для любого врача общежизненные мотивации к труду подменяются, с одной стороны, юридической и морально-нравственной ответственностью перед обществом, а с другой — разрушают личность работника, вынуждая его растрачивать трудовой и творческий потенциал на поиск средств и способов выживания [4-6, 42, 43].

В современных условиях развития здравоохранения, когда ЛПУ переходят к самостоятельному существованию на рынке медицинских услуг, противоречия между высокой потребностью в совершенствовании организационных форм кадровой работы и очевидной неразработанностью научных основ управления кадровыми ресурсами обуславливают необходимость формирования новой стратегии подготовки кадров [2, 12, 23, 33, 61, 87].

Нужно подчеркнуть, что в учебных программах и планах медвузов КР, к сожалению, они занимают крайне мало места. Вместе с тем, нужно признать, что совершенствование профессиональной компетентности врачей необходимо рассматривать вместе с повышением уровня их «Н-МК», стремление к научно-познавательной деятельности, являющейся одной из важных составляющих личностного роста каждого из них [5, 19, 20, 36].

Хотелось бы заметить, что смена парадигм познавательной стратегии в сфере здравоохранения и медицины становится закономерностью в прогрессирующем развитии общественной мысли [20, 21, 23, 27, 35]. Рассматривая состояние проблемы повышения квалификации врачей, необходимо говорить не о педагогической парадигме, а об андрагогической, поскольку обучение взрослых уже давно превратилось в отдельное направление исследования, выделившись из педагогической науки [24].

Тенденции становления андрагогического процесса, принципы андрогики исследовались и исследуются, как зарубежными, так и отечественными учеными [9, 10]. Аспекты повышения квалификации врачей с использованием современных технологий андрогики нашли отражение в исследованиях ряда авторов [9, 13, 14, 20, 23]. Проблемы становления личности и ее непрерывного развития рассматривались в работах ряда авторов. [22, 28, 40]. Вместе с тем, несмотря на возрастающие исследования в области обучения взрослых, остается немало вопросов, без поиска решения которых невозможно совокупное развитие науки, практики, образования, культуры [9, 10, 20].

Таким образом, в сфере повышения квалификации врачей прослеживаются следующая триада противоречий:

1) Между объективной потребностью в постоянном обновлении профессиональных знаний у врачей и недостаточным уровнем «Н-МК», отражающейся на их профессиональной компетентности, а, следовательно, на КМП;

2) Между необходимостью повышения компетентности врачей и недостаточной теоретико-познавательной базы их подготовки и переподготовки;

3) Противоречие, обусловленное отсутствием современной научной психолого-педагогической концепции в построении курсов повышения квалификации врачей.

Безусловно, уровень развития нынешней медицины связан с достижениями не только медико-биологических наук, которые проясняют этиологию, патогенез и патоморфологию болезней, объясняют особенности их клинического проявления и течения, но и биоинженерных наук, которые обеспечивают индустриализацию и технологизацию диагностики и лечения больных [4-6, 14, 27, 38]. В указанном аспекте, очевидно, реализация учебного плана и программ медвузов предполагает параллельную научно-практическую подготовку студентов, а затем всестороннее дополнительное образование (ДО) врачей на последипломном периоде их деятельности.

Предполагается, что медвузы должны готовить специалистов, которые совмещали бы качества практика и ученого, а в последующем институты переподготовки и повышения квалификации закрепляли бы научно-образовательно-производственный процесс. В этом аспекте, как студент, так и врач должны совершенствоваться не только в теоретическом и практическом уровнях, но и в аспекте приобретения современной «Н-МК» [5, 47].

В указанном отношении, в методологическом плане неправы те авторы, которые утверждают, что врач-практик и врач-ученый – это «две большие разницы». Если придерживаться такого взгляда, то практический врач уподобляется ремесленнику, которому чужды теории, тогда как врач-ученый как бы занимается лишними теоретическими обобщениями, собирая разрозненные теоретические сведения, в том числе из области фундаментальных наук, во вред практической работе с конкретным больным [49, 51, 52, 63].

Как известно, чтобы преодолеть такой подход, предложены две принципиально разные клиничко-образовательные технологии. В частности, в США, странах Европы используется технология доказательной медицины (ДМ). Такое направление получило название «клиническая эпидемиология». По сути, она представляет собой технологию использования уже готовых научно-обоснованных технологий для последиplomной подготовки и дообразования врачей [19, 22, 64, 66].

По мнению последователей ДМ, такой путь наиболее приемлем для подготовки врачей в странах с переходной экономикой, к каковым относится КР [31, 32, 66].

Это оправдано, так как при такой технологии врачи остаются лишь потребителями готовых клиничко-образовательных программ, созданные другими исследователями, как правило, являющимися собой некими законодателями соответствующих технологий [19, 33, 66].

Другая клиничко-образовательная технология – это научное дообразование врачей, когда сам врач на основе собственных научных исследований может создавать и совершенствовать медицинские технологии [6, 42, 43]. Такой подход является принципиально эффективным путем до и последиplomной подготовки врачей, так как не разделяется наука и практика, то есть имеет акцент в сторону более основательной подготовки врачей на базе достижений фундаментальных наук.

Между тем, это и есть «Н-МК». Нужно отметить, что речь не идет о формировании профессионального ученого, а речь идет о формировании врача с широким научно-практическим кругозором, который освоил принципы научных исследований и, который может сам создавать наукоемкие, а потому эффективные медицинские технологий [4, 5, 66].

Специалисты, подготовленные по такой технологии, будут отвечать новым требованиям времени, так как это новое образование синтетического порядка. Вот почему в программу последиplomного обучения необходимо внедрение пробных курсов лекций, семинаров и практических занятий, повышающих уровень «Н-МК».

До сих пор остаются проблемными такие психологические вопросы, как врач и больной, как субъекты, семиотика их отношений, понятия «слышимость» жалоб, субъективная оценка лечения, «болезни, как «вещи-в-себе», методология применения математики в биомедицинских исследованиях. Лишь на первый взгляд эти разделы кажутся не связанными между собой. Между тем, в их выборе есть внутренняя логика, они связаны последовательным приближением к предмету исследования и отвечают на многие вопросы адекватного, инновационного последипломного дообразования врачей [4, 5, 11, 32, 49].

Именно, имея адекватное представление о развитии медицины, врач должен осмысливать себя как практика и ученого, то есть знать широкие пределы своей специальности [49, 66]. По мнению авторов, социология медицины позволяет уточнить место специалистов в пространстве самой медицины. Он должен ответить на вопросы: что такое медицина? Что медицина может и чего не может? В какие направления нужно вкладывать средства? Каково влияние рынка, политики, менталитета? Каковы морально-этические следствия новых технологий?

В ракурсе социологии и философии медицины становятся понятными [5, 19, 36]:

- 1) Причины кризиса клинических дисциплин, как конфликт между индивидуальностью клинического подхода и стандартизацией (индустриализацией) медицины;
- 2) Постоянно муссируемая и чрезмерно идеологизированная проблема «дегуманизации» медицины, проистекающая из-за неизбежного проникновения в нее техники и науки - следствия индустриализации медицинского ремесла;
- 3) Опасности, которые возникают при внедрении Индустриальной Модели Медицины в сообщества, не готовые таковую воспринять (создание «фабрик здоровья», возникновение «философий» оправдания рыночно-выгодных практик).

В настоящее время актуальным для врачей является проблема фундаментации медицины [52, 59, 63]. Само по себе этот феномен предполагает сформировать целостный, системный взгляд на вопросы нормы и патологии, утраченный, прежде всего, в связи с узкой медицинской специализацией.

Общеизвестно, что медицинские теории сейчас «раздерганы» по отдельным медицинским дисциплинам и даже нозологическим формам [5, 7, 19, 21, 64]. Принцип ДМ проявляет известную несостоятельность для формирования системного взгляда на ту или иную патологию.

Хотелось бы отметить и следующие вопросы: необходимость для врача семиотики, психологии отношений и познания, методологии и философии. Медицина всегда имел особый статус, указывающий на гуманитарный ее характере [4, 21]. Именно гуманизм медицины препятствовал на пути проникновения в нее «бездушной» науки, подчеркивая, что «необходимо внимание к Человеку и его личностным проблемам [4, 5, 49].

Семиотика предполагает научить исследователя не путать материальный и психический миры, подчиняющиеся совершенно разным «законам» [4, 49]. А между тем, именно из-за неспособности провести упомянутое разграничение, медицина постоянно «шарахается» от одной теории к другой, от одного метода в другую [5, 49]. Между тем, речь идет о формировании надежного научного мировоззрения врача.

Представляется, что перечисленное выше могло бы составить часть новой программы образования в области подготовки научных кадров медицины [20, 22, 51, 64]. Задача образования состоит в том, чтобы показать, какие области знаний существуют и почему они нужны врачу, а также чтобы сориентировать исследователя на продолжение самообразования, формирования и развития у него «Н-МК».

В сегодняшнем медицинском образовании перегрузка происходит как раз из-за нерационального распределения преподаваемых знаний. Вместо общих теорий и принципов, которые позволили бы студентам научиться распоряжаться частными сведениями их во все сроки обучения в медвузе наполняют «фактами», неадекватно смещая в пользу практики [35, 62, 63].

Даже процесс познания и науку профессорско-преподавательский состав (ППС) вуза «преподают» по методу обучения медицинскому ремеслу «делай как я» [4, 49, 63].

Нужно признать то, что ППС медвузов в большинстве своем стараются дать студентам практически-ориентированное образование [13, 14, 27]. Это заблуждение. Многие из числа ППС причину отставания отечественной медицины упорно видят в отсутствии привнесенных, сугубо практических медицинских технологий. Они придерживаются тактики обучать врачей лишь практическим навыкам, в ущерб теоретической подготовки, не говоря уже о необходимости прививать высокую «Н-МК». В этих условиях, как следствие, в особенности в рыночных условиях, медицина достаточно быстро превращается в потребителя готовых медицинских технологий [27, 40, 41, 43].

Итак, назрела необходимость пересмотра самих принципов медицинского образования. И дело не в том, чтобы разделить процессы подготовки врача-практика и ученого в физическом пространстве (то есть по разным учебным заведениям или факультетам), а в том, чтобы развести эти процессы в ментальном пространстве ППС и студентов.

Есть и другие причины для активизации ДО врачей. Очевидным является то, что на сегодня, в условиях рынка и технологизации медицины возникла угроза стихийного обоснования нравственных принципов, идеалов и норм профессиональной деятельности, а это между тем, в первую очередь, разгул стихийной оценки ситуации и стихийного выбора линии поведения врача [4, 49].

Появилась тенденция стихийного, прагматико-спекулятивного развития морального сознания врача и его пациента, а, следовательно, отмечается наступление закономерной «отрицательной» эволюция во взглядах общества на проблемы сострадания, одобрения, осуждения [4, 43, 49]. Все это ведет к снижению КМП, потому, что в основе его лежит недоверие врачу.

Как известно, в идеале, необходимо соразмерное развитие морального сознания, как врача, так и его пациентов. Причем, на фоне активной гуманизации общества с наращиванием «положительного» баланса во взглядах на ценности [42]. Между тем, надо заметить, что многое зависит от социально-культурной ситуации в стране. В настоящее время заметна маловосприимчивость людей к передаваемым медицинским знаниям в силу низкой веры их врачам, а это обуславливает необходимость повышения культуры, как восприятия, так и передачи медицинских знаний [5, 19, 64, 80]. Речи идет о популяризации медицинских знаний и науки.

Врачи во время работы выступают одновременно в двух ролях - специалиста и просто человека [4, 24, 41, 63]. От их профессионального и чисто человеческого взаимоотношения зависит эффективность работы клиники в целом [45, 52, 59, 81]. Между тем, в жизни повсеместно мы имеем дело со стихийным формированием коллектива ЛПУ без учета характерологических особенностей специалистов и их совместимости на этой основе [4, 49, 63, 64, 85]. Между тем, это отрицательно отражается на КМП.

Итак, происходит недоучет степени акцентуации личностей врачей и приоритетных социально-профессиональных ценностей. Между тем, всегда существует необходимость тщательной «селекции» врачей с определением их профессиональной пригодности на основе учета характерологических особенностей, а также с акцентом на позитивные социальные и

профессиональные ценности [4, 24, 66, 83]. В этом заключается один из резервов повышения КМП.

Следует также отметить, что такие факторы ускорения, как компьютеризация, кибернетизация, биокибернетизация способствовало возникновению диспропорция, во-первых, между высокими темпами и масштабами внедрения современной техники и новых технологий в медицине и существующими мировоззренческими установками, принципами, нормами и правилами в медицине и здравоохранении, а, во-вторых, между ускоренными темпами развития социальных условий жизни человека и естественными биологическими ритмами его жизнедеятельности [68, 69, 75].

Между тем необходима интенсивная и постоянная адаптация «Н-МК» к новым обстоятельствам, обуславливающимся техникой и новой технологией.

Существуют ряд типов морального сознания:

- 1) Модель «технического» типа;
- 2) Модель сакрального типа Роберта Вильсона;
- 3) Модель коллегиального типа;
- 4) Модель контрактного типа [4, 49, 52].

В настоящее время, и в КР в условиях рынка ситуация такова, что как у врача, так и его пациента превалирует взаимный субъективно-прагматический интерес. Врач желает, как можно больше получить за свои медицинские услуги, а пациент, напротив, как можно меньше отдать или избежать оплаты этих услуг [4].

В этих условиях, вряд ли можно говорить о КМП.

С учетом того, что профессиональная специфика морали определяется объектом труда, особенностями социальных связей между людьми данной профессии, характером их образа мысли и жизни, есть основание полагать, что именно они порождают своеобразные нравственные нормы, призванные регулировать эти взаимоотношения [4, 24, 63, 79]. Задачей же профессиональной этики — выявить особенности формирования и развития нравственных убеждений у представителей различных профессий. Речь идет о формировании и развитии соответствующего уровня «Н-МК».

Как известно, «Медицина - во многом человековедение» [42, 43, 58]. Гуманизм — коренная отличительная черта медицины. В указанном аспекте, первоочередная задача любого общества, любой формации – это то, чтобы сохранить и наращивать нравственный и этический потенциал врачей [60, 61, 65, 84].

На рубеже XX-XXI вв. сама проблема «врач и больной» усложнилась до предела. Согласно последних программных документов ВОЗ, врачебная деятельность сегодня выходит далеко за пределы чисто медицинских проблем [4, 7, 9, 13, 49]. Идет тесная интеграция всей системы медицины и здравоохранения с экономикой, политикой, наукой, психологией, философией, социологией.

В этих условиях, для того, чтобы оставаться настоящим профессионалом, врач вынужден, помимо своей основной деятельности, заниматься экономическими, политическими, социальными, философскими проблемами, а это и есть предметы непрофессионального НМО. Все это требует от врача раньше других понимать тенденции, видеть дальше, уметь находить точки опоры и равновесия в быстро меняющемся современном мире [12, 16, 20, 27, 29]. Вот почему модель современного врача предполагает наряду с профессионализмом триаду компонентов:

- 1) Широкий кругозор;
- 2) Высокое образование;
- 3) Адекватное мировоззрение.

В целом речь идет об элементах «Н-МК».

Ведущими тенденциями рубежа XX-XXI вв. в сфере научно-познавательного процесса являются триада компонентов [5]:

1) Рост научного знания и трансформация стратегии познания;

2) Трансформация научных парадигм и стиля мышления;

3) Динамическая трансформация «Н-МК». Эти компоненты повышают значимость динамических характеристик личности врача (объем активного внимания, наблюдательность, способность к прогнозу, восприятия и реализации нового, способность к самообразованию и самосовершенствованию).

В Стратегии ВОЗ «Здоровье для всех» указывается, что приоритетными направлениями повышения КМП станут комплексные подходы к исследованию человека и интегральные методы профилактики и оздоровления [25, 28, 36, 59, 63]. В этих условиях от врача потребуются понимание человека на уровне целого организма, учет всей совокупности тонких и многообразных факторов, определяющих сложное комплексное понятие здоровья [1, 5, 6, 62, 88].

Между тем, как бы ни было совершенное техническое оснащение, как бы ни были развиты методики диагностики и лечения центральной фигурой в процессе лечения и оздоровления человека будет оставаться личность врача, его активность, способность принимать и отвечать за свои решения, способность помочь пациенту разобраться в причинах болезненного состояния и найти верное направление выхода из него [2, 3, 4, 8, 34, 66]. Без достаточного уровня «Н-МК» такое невозможно.

Существует еще один аспект андрагогики – непрофессиональное НМО врачей. Медицинское сообщество устроено так, что для продвижения по профессиональной лестнице, для активного участия в жизни страны сегодня категорически недостаточно просто получить профессиональное общее образование (ОО) [9].

Сегодня в нашем постиндустриальном обществе триада: 1) «Знания»; 2) «Умения»; 3) «Навыки» (усл. – «ЗУН»), в любых сферах требуют постоянного обновления [9,13,27]. На наш взгляд, чтобы «не отстать от жизни», нужно непрерывное совершенствование не только профессиональных и непрофессиональных образований (социально-экономических, политико-правовых, научно-мировоззренческих, культурологических и пр.).

На наш взгляд, андрагогическая модель обучения врачей актуальна для системы современного непрерывного НМО при соблюдении следующих условий:

1) Организация различных видов, форм и уровней познания, образования, обучения;

2) Специальная подготовка врачей для андрагогической системы и их методическая поддержка. Лишь в этом случае реальна задача по обучению врача (расширение научно-образовательного кругозора; для более тесной и целенаправленного профессионального общения; для формирования и совершенствования «ЗУН»; получение новых актуальных для профессионального роста «ЗУН»).

По материалам ЮНЕСКО, приоритетная задача образования взрослых — обеспечить человека комплексом «ЗУН», необходимых для активной творческой и приносящей удовлетворение жизни в современном динамично развивающемся обществе [13, 37, 66]. Речь идет о постоянном, непрекращающемся развитии человека как работника, гражданина, личности, индивидуальности в течение всей его жизни [4, 19, 24, 66, 69]. К настоящему времени сложилась определенная общность взглядов на роль НМО в достижении согласованного прогресса личности и общества и на подходы к осмыслению путей его обновления.

По выражению М.Ш.Ноулза, задачей андрогогики — «производство компетентных людей, которые были бы способны применять свои знания в изменяющихся условиях, и чья основная компетенция заключалась бы в умении включиться в постоянное самообучение на протяжении всей своей жизни» [9].

Анализ соответствующей литературы показывает, что к проблеме НМО обращались многие исследователи. Можно выделить ряд направлений:

- 1) философские положения о педагогическом процессе и формировании личности в нем;
- 2) андрагогический подход к обучению;
- 3) психология обучения взрослых;
- 4) психология общения медицинских работников;
- 5) профессиональная культура медицинских работников;
- 6) компетентностный подход в образовании;
- 7) акмеологический подход к достижению вершин профессионализма;
- 8) аксиологический подход к формированию жизненно важных ценностей и установок;
- 9) синергетический подход к развитию скрытых способностей и творческого мышления;
- 10) личностно-ориентированный подход к формированию личностно значимых качеств.

Следует признать, что врач — это обучающейся, которому принадлежит ведущая роль в процессе своего НМО. Он стремится к самореализации, самостоятельности, к самоуправлению и осознает себя таковым. Он уже обладает жизненным (бытовым, социальным, профессиональным) опытом, который может быть использован в качестве важного источника НМО.

В отличие от ОО, главной социальной миссией НМО врачей является ликвидация или предупреждение «относительной», функциональной неграмотности. В истории науки, образования и культуры имеет место сложная картина взаимодействия всех трех компонентов познания и «Н-МК»: 1) «Популяризация знаний»; 2) «Концептуализация знаний»; 3) «Философизация знаний» (усл. – «А», «В», «С»). Если ОО был доступен уровень «А», то для ДО уже две остальные уровни – «В» и «С». Важно заметить, развитие сферы ДО и его содержание начинает определяться не столько усилиями МОН КР, МЗ КР, сколько непосредственно заинтересованными врачами и ЛПУ. По этой причине складывается новое соотношение ОО и НМО.

Итак, НМО понимается, как образование, отличное от общего, основного, с иными образовательными потребностями, ценностями и интересами, целями и средствами достижения. В самом общем виде можно сказать, что в медико-педагогической модели обучения доминирующее положение занимает ППС, тогда как в андрогогической — обучающейся, то есть врачу. Нужно подчеркнуть, что главной целью НМО врачей является развитие критического, творческого мышления, интегрированного с чувственной сферой человеческого существа, так как НМО — это не передача знаний, а скорее отбор, синтез, открытие и диалог.

Основные андрагогические принципы обучения:

- 1) Принцип совместной деятельности;
- 2) Индивидуализация обучения;
- 3) Системность обучения;
- 4) Принцип осознанности обучения;
- 5) Приоритет самостоятельного обучения;
- 6) Принцип опоры на опыт обучающегося;
- 7) Контекстность обучения;
- 8) Принцип актуализации результатов обучения;

- 9) Принцип элективности обучения;
- 10) Принцип развития образовательных потребностей.

Таким образом, андрагогические принципы обучения, как и андрагогическая модель обучения отличаются от педагогических принципов и модели обучения. При каких условиях и каким образом необходимо или желательно использовать андрагогическую модель? Применима ли она и если да, то в какой степени, к обучению студентов, аспирантов вузов и слушателей повышения квалификации?

Андрагогические принципы НМО врачей возможно при наличии следующей триады особенностей:

- 1) Врач осознает себя самостоятельной, самоуправляемой личностью;
- 2) Врач накапливает все больший запас жизненного опыта, проявляет в себе исследовательский интерес;
- 3) Врач стремится решить свои жизненно важные проблемы и достичь конкретные цели, а также стремится к безотлагательной реализации полученных «ЗУН».

Следовательно, чем выше уровень компетентности врача, тем более необходимо использование технологии НМО. Из этого следует вывод, что не только наличие значительного жизненного опыта, отличающее взрослого человека, но и наличие предварительной подготовки в той области знаний или деятельности, в которой проходит обучение, также диктует целесообразность применения андрагогических технологических действий в НМО [9].

Однако при всей индивидуальности конкретных целей НМО, любые из них по своему характеру относятся к триаде компонентов: 1) Получение новых знаний, новой информации; 2) Удовлетворение познавательных интересов; 3) Овладение информацией на новом уровне, выработке новых качеств и убеждений. Эти компоненты позволяют использовать андрагогические принципы при формировании «Н-МК». Существующие формы непрофессионального андрагогического обучения полностью отвечают потребностям в образовании, возникающим у врачей с совершенно разными целями и мотивами, приводящими их к НМО.

В процессе НМО врачей, повышения квалификации андрагогический подход предоставляет возможность реализовать закономерности развития личностных и профессиональных качеств благодаря особенностям профессиональной деятельности этой категории работников, которые заключаются в интеграции медицинских (диагностика, лечение и пр.), психологических (управление психическими состояниями больных пациентов, коллег и др.) и педагогических (рекомендации, обучение приемам и пр.) аспектов.

Выводы:

На современном этапе развития общества, трансформации научно-познавательной стратегии, становления нового мышления, формирования «Н-МК», медицинское образование следует рассматривать как системы и оценивать их результативность на базе принципиально новых подходов. Эффективность реализуемых моделей развития той или иной подсистемы НМО следует оценивать на основе динамики влияния и вклада в достижение качества непрерывного медицинского образования (КНМО);

Врач по роду своей деятельности должен постоянно совершенствоваться, как в профессиональном, так и в личностном плане, наращивая в себе, как широкий кругозор и надежное научное мировоззрение, но и исследовательский потенциал, а в итоге сформировать в себе достаточный уровень «Н-МК», как фактора определяющего личностный ресурс в повышении КНМО.

Необходимо стремиться к сбалансированному развитию не только смежных научно-практических направлений, но и фундаментально-методологических разделов медицинской науки, образования, практики, психологии, социологии, философии.

Список литературы:

1. Агаларова Л. С. Организация труда и анализ трудовых затрат врачей общей практики // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2006. №3. С. 46-48.
2. Александрова О. Ю. Юридическая ответственность медицинских работников и организаций здравоохранения. М., 2005. С.163-167.
3. Айдаралиев А. А. Оценка управленческих функций и профессиональной компетенции управленческих кадров в частных и независимых клиниках Киргизской Республики // *Вестник Международного университета Кыргызстана*. 2002. №1(14). С. 55-58.
4. Ашимов И. А. Диалог с самим собой (О методологических проблемах хирургии рубежа XX и XXI веков). Бишкек, 2001. 553 с.
5. Ашимов И. А. Система. Бишкек, 2016. 100 с.
6. Ашимов Ж. И. Научный контекст организации трансплантологической службы в Киргизской Республике: автореф. ... д-р мед. наук. Бишкек, 2008. 50 с.
7. Батаршев А. В., Алексеева И. Ю., Майорова Е. В. Диагностика профессионально важных качеств. СПб.: Питер, 2007. 192 с.
8. Бакланова Т. Н. Обеспечение прав пациентов на качественную медицинскую помощь в условиях многопрофильного стационара (новые технологии, пути и методы решения): автореф. ... канд. мед. наук. М., 2013. 20 с.
9. Баландина Е. А. Андрагогическая модель повышения квалификации специалистов в сфере профессионального общения: автореф. ... канд. пед. наук. Калининград, 2008. 22 с.
10. Баранцев Р. Г. Становление тринитарного мышления. М., 2008. 544 с.
11. Баранов И. Н., Скляр Т. М. Оценка пациентами способов защиты своих прав в вопросах качества медицинской помощи // *Менеджер здравоохранения*. 2004. №3. С. 19-20.
12. Бервик Д. М., Энтховен А., Банкер Д. П. Роль врача в управлении качеством // *Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи*. 2006. №4. С. 43-54.
13. Варданян А. А. Общие цели подготовки кадров в медицинских ВУЗах // *Проблемы городского здравоохранения: Сборник научных трудов*. СПб. 2001. С. 210-213.
14. Вербицкий А. А. Комплексное обучение в системе профессионального образования // *Медицинская сестра*. 2000. №6. С. 20-29.
15. Воронин С. Е., Рудниченко А. И., Макаров С. В. Медико-социальная и психологическая характеристика врачей, работающих в муниципальном и ведомственном здравоохранении // *Тезисы юбилейной конференции*. СПб., 2005. С. 161-162.
16. Воронова Н. И. Формирование культуры здоровья учащихся как приоритетная задача образовательного учреждения // *Школа и здоровье: Проблемы медико-гигиенического обучения и воспитания учащихся: Сборник трудов*. Коломна, 2004. С. 24-28.
17. Гололобова Т. В. Формы и механизмы участия населения в оплате медицинской помощи: автореф. ... канд. мед. наук. М., 2001. 24 с.
18. Гранатович О. В. Медико-социальные потребности и реализация прав пациентов в условиях многопрофильного стационара: автореф. ... канд. мед. наук. СПб., 2008. 20 с.
19. Гребнев Л. Высшее образование в Болонском измерении: российские особенности и ограничения // *Высшее образование в России*. 2004. №1. С. 34-36.

20. Гузайров М. Б., Ильясов Б. Г., Карамзина А. Г., Фазлетдинова Ю. Р. Проблемы интеграции образовательных, научных и производственных систем // Вестник УГАТУ. 2014. №3(64). С. 189-195.
21. Моисеева К. Е., Зеленова Е. В., Рубин А. Д., Панфилова Т. Ю. Некоторые результаты социологического опроса родителей о качестве лечебно-профилактической помощи детям // Гуманитарные методы исследования в медицине: состояние и перспективы. 2007. С. 297-299.
22. Дубинин С. А. Формирование системы медико-социальной реабилитации на основе доказанных медицинских технологий (на примере Московской области): автореф. дис. ...д-р мед. наук. М., 2003. 48 с.
23. Духанина И. В., Духанина М. В. Мотивационное управление лечебно-профилактическим учреждением // Главврач. 2005. №7. С. 33-38.
24. Жданов В. Г. Научное обоснование системы управления персоналом крупной многопрофильной больницы // Проблемы управления здравоохранением. 2002. №5(6). С. 15.
25. Ефименко С. А. Социология пациента: автореф. ...д-р соц. наук. М., 2007. 46 с.
26. Засыпкин М. Ю. Роль медико-экономических принципов управления в организации акушерско-гинекологической службы: автореф. ...канд. мед. наук. М., 2003. 19 с.
27. Зуева Л. П., Трегубова Е.С., Маймулов В. Г. Формирование специалиста в системе последипломого профессионального образования // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. 2000. №4. С. 78-79.
28. Калашников Н. М. Пути оптимизация межличностного взаимодействия пациентов и медицинского работников с позиции обеспечения качества медицинской помощи в условиях ОМС: автореф. ...канд. мед. наук. Иваново, 2006. 22 с.
29. Канке В. А. Этика справедливости: теория морали будущего. М.: Логос, 2003. 351 с.
30. Каппушев У. О. Социально-гигиеническое исследование удовлетворенности больного медицинской помощью как свойства ее качества: автореф. ...канд. мед. наук. Иваново, 2001. 19 с.
31. Каратаев М. М. Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике (на примере Кыргызстана): автореф. ... д-р мед. наук. М., 2000. 45 с.
32. Касиев Н. К. Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в Киргизской Республике: автореф. ...д-р мед. наук. М., 1999. 45 с.
33. Перре М., Баумана У. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2003. 1312 с.
34. Коврик С. А. Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием как индикатор качества медицинской помощи // Заместитель главного врача. 2008. №1 (20). С. 66-69.
35. Комаров Н. В., Комаров Р. Н. Оценка качества медицинской помощи на основе социологических опросов врачей и пациентов // Главврач. 2005. №12. С. 44-45.
36. Крутова Я. В. Научное обоснование медико-организационных мероприятий, направленных на оптимизацию качества правового сопровождения медицинских услуг хирургического профиля: автореф. ...канд. мед. наук. Иваново, 2007. 20 с.
37. Кучеренко В. З., Манерова О. А. Общественное здоровье и здравоохранение в условиях реформирования здравоохранения и медицинского образования // Экономика здравоохранения. 2007. №11. С. 18-23.
38. Кудрин В. С. Концептуально-методологические и организационные основы оценки медицинской деятельности. Оренбург, 2003. 266 с.
39. Ленская Л. Г., Малаховская М. В. О методах менеджмента заболевания // Здравоохранение Российской Федерации. 2006. №1. С. 11-14.

40. Лукова Н. Х. Научное обоснование правовых и этических взаимоотношений врача и пациента в здравоохранении: автореф. ...канд. мед. наук. М., 2001. 19 с.
41. Лисицын Ю. П. Медицинские кадры // Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2002. С. 367-375.
42. Мамакеев М. М., Ашимов И. А., Мамакеев К. М. Основные этапы развития, достижения и перспективы киргизской хирургии, как науки и сферы профессиональной деятельности (сообщение 1) // Хирургия Кыргызстана. 2010. №1. С. 2-9.
43. Мамакеев М. М., Ашимов И. А., Мамакеев К. М. Основные этапы развития, достижения и перспективы киргизской хирургии, как науки и сферы профессиональной деятельности (сообщение 2) // Хирургия Кыргызстана. 2010. №2. С. 3-10.
44. Максимов И. И. Качество медицинской помощи и влияние профессионального менталитета медицинских работников на его непрерывное повышение: автореф. ...канд. мед. наук. М., 2006. 21 с.
45. Манерова О. А. Научное обоснование системы формирования кадрового потенциала в условиях реформы здравоохранения: автореф. ... д-р мед. наук. М., 2006. 44 с.
46. Мартъянов И. Н. Опыт дифференцированной оплаты труда в многопрофильном стационаре // Менеджер здравоохранения. 2004. №7. С. 23-29.
47. Васильева Т. П., Голухов Г. Н., Мушников Д. Л. Медико-социальный и профессионально личностный портрет врачебного персонала многопрофильной больницы // Социология медицины. 2003. №2. С. 33-35.
48. Митронин В. Н. Материальное стимулирование результатов трудовой деятельности персонала медицинской организации на основе профессионализма и конкурентоспособности // Главврач. 2004. №2. С. 8-13.
49. Муратов А. А. Хирургия практикасын социалдаштыруу, дарттапма процессин индустриялаштыруу жана дарылоо ыгын жекелештирүүнүн илимий негиздери: автореф. ...д-р мед. наук. Бишкек, 2010. 45 с.
50. Набережная Ж. Б., Сердюков А. Г. Анализ удовлетворенности больных медицинской помощью в стационарах // Главврач. 2005. №3. С. 49-54.
51. Назаров А. И. Обобщенная модель познавательной деятельности индивида // Психологическая наука и образование. 2000. №3. С. 40-60.
52. Назаренко Г. И., Полубенцева Е., Паршин В. Менталитет медицинских работников и его влияние на успешность внедрениям практику технологической модели непрерывного повышения качества медицинской «помощи // Главврач. 2004. №5. С. 45-53.
53. Николаев Ю. В., Бурсиков А. В. Производственная практика как образовательная технология // Вестник ИвГМА. 2003. Т. 8. №3-4. С. 85-88.
54. Олексив О. Е. Экспертиза деятельности анестезиологических служб как метод повышения качества медицинской помощи и основа страхования профессиональной ответственности: Автореф. ...канд. мед. наук. М., 2005. 20 с.
55. Пацукова Д. В. Научное обоснование процедур защиты прав застрахованных пациентов в условиях возмездного договора: автореф. ...канд. мед. наук. М., 2005. 20 с.
56. Подлужная М. Я., Неверов А. В. Оценка профессионально-правовой подготовленности организаторов здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. 2008. №3. С. 9-12.
57. Рябинина О. В. Организационно-правовые аспекты внедрения страхования гражданской ответственности за причинение вреда жизни и здоровью в результате медицинского вмешательства: автореф. ...канд. мед. наук. М., 2008. 22 с.

58. Сашко С. Ю., Балло А. М. Юридическая оценка дефектов оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации. СПб.: БиС, 2001. 158 с.
59. Щепин В. О., Филатов В. Б., Нечаев В. С., Погорелов Я. Д. Современное здравоохранение и последипломное медицинское образование // Бюллетень НИИ СГЭУЗ им. Н.А. Семашко. 2000. Вып. 2. С. 188-211.
60. Стеценко С. Г. Дефекты оказания медицинской помощи: проблемы юридической квалификации и экспертизы // Российский следователь. 2002. №5. С. 7-11.
61. Султанмуратов М. Т., Муканова Н. А., Ожукеева Т. О., Бокчубаев Э. Т. Реформа здравоохранения за восстановление социальной справедливости // Реформа. 2002. С. 31.
62. Таранов А. М., Халецкий И. Г., Васильева Т. П. Управление кадровым потенциалом учреждений здравоохранения (социально-гигиенические, социально-психологические и организационно-методические аспекты). М.: ФОМС, 2005. С. 84-98.
63. Тилеков Э. А. Становление и развитие высокотехнологичной хирургии в Киргизской Республике (проблемы, факторы, меры, результаты): автореф. ...д-р мед. наук. Бишкек, 2012. 48 с.
64. Тидеманн Б. Дуальная система – немецкая форма профессионального образования // Образование и наука. 2011. №6. С. 112-123.
65. Тобес Бриджит. Право на здоровье: Теория и практика. М.: Устойчивый мир, 2001. С. 89-96.
66. Туйбаев З. А. Компетентностный подход к объективизации качества повторных операций: автореф. ...канд. мед. наук. Бишкек, 2015. 48 с.
67. Таранов А. М. Управление кадровым потенциалом учреждений здравоохранения (социально-гигиенические, социально-психологические и организационно-методические аспекты). М., 2005. 232 с.
68. Фатыхов Р. Р. Концепция кадровой политики и кадровый потенциал здравоохранения // Главврач. 2004. №6. С. 61-64.
69. Чернова Т. В., Махинова Н. В., Кочубей Г. Н. Мотивация персонала как одна из функций внутрибольничного управления // Главврач. 2007. №2. С. 101-103.
70. Югфельд Е. А. Анализ эффективности дуальной модели обучения при подготовке специалистов в условиях государственно-частного партнерства // Alma mater. 2014. №9. С. 44-47.
71. Aguilar M., Alarcón A., Obdulia M. Management of human resources in neurology // Neurologia (Barcelona, Spain). 2003. V. 18. P. 70-79.
72. Armstrong S. J. The impact of supervisors' cognitive styles on the quality of research supervision in management education // British Journal of Educational Psychology. 2004. V. 74. №4. P. 599-616. <https://doi.org/10.1348/0007099042376436>
73. Bamberg R., Layman E. Approaches to leadership development used by deans of allied health // Journal of Allied Health. 2004. V. 33. №2. P. 113-124.
74. Berg C. The human resources code. Managing employee performance problems // Emergency medical services. 2004. V. 33. №10. P. 164-166.
75. Buchan J. What difference does ("good") HRM make? // Human resources for health. 2004. V. 2. P. 1-7. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-6>
76. Berteloot G., Gagnayre R., d'Ivernois J. F. Nursing practice in the context of geographic isolation: implications for training // Sante Publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France). 2004. V. 16. №2. P. 239-250. <https://doi.org/10.3917/spub.042.0239>
77. Shelton P., Syrett M. Clinical management. Where medicine meets management. Whose bright idea? // The Health Service Journal. 2003. V. 113. №5883. P. 26-27.

78. Croasdale M. Federal advisory group predicts physician shortage looming // American Medical News. 2003. V. 3.
79. Chairman, Committee on Health, Education, Labor and Persons, U.S. Senate. Washington, 2003. P. 3-67.
80. Dickson G. C., Price L., Maclaren W. M., Stein W. M. Perception of risk: a study of A&E nurses and NHS managers // Journal of Health Organization and Management. 2004. V. 18. №5. P. 308-320. <https://doi.org/10.1108/14777260410560857>
81. Dyson S. L., Greene S. B., Fraher E. P. A shortage of health information management professionals: how would we know? // Journal of allied health. 2004. V. 33. №3. P. 167-173.
82. Doolan D. F., Bates D. W. Computerized physician order entry systems in hospitals: mandates and incentives // Health affairs. 2002. V. 21. №4. P. 180-188. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.4.180>
83. Hylton J. Leadership: the next HHR crisis? Part II // Healthcare management forum. 2004. V. 17. №2. P. 3-6.
84. Jones K. J., Cochran G., Hicks R. W., Mueller K. J. Translating research into practice: voluntary reporting of medication errors in critical access hospitals // The Journal of Rural Health. 2004. V. 20. №4. P. 335-343. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2004.tb00047.x>
85. Pei L., Stanton P., Legge D. Improving human resource management in Chinese healthcare: identifying the obstacles to change // Australian Health Review. 2004. V. 27. №1. P. 124-130. <https://doi.org/10.1071/AH042710124>
86. Schena F. P. Management human resources // Giornale Italiano di Nefrologia: Organo Ufficiale Della Societa Italiana di Nefrologia. 2004. V. 21. №1. P. 57-64.
87. Sheff R. A. How to recruit and develop physician leaders: a strategy for medical staff leadership development. New York, 2003. P. 3-39.
88. Wyss K. An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millennium Development Goals // Human resources for health. 2004. V. 2. №1. P. 1-8.

References:

1. Agalarova, L. S. (2006). Organizatsiya truda i analiz trudovykh zatrat vrachei obshchei praktiki. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii*, (3), 46-48. (in Russian).
2. Aleksandrova, O. Yu. (2005). Yuridicheskaya otvetstvennost' meditsinskikh rabotnikov i organizatsii zdravookhraniya. Moscow, 163-167. (in Russian).
3. Aidaraliev, A. A. (2002). Otsenka upravlencheskikh funktsii i professional'noi kompetentsii upravlencheskikh kadrov v chastnykh i nezavisimyykh klinikakh Kirgizskoi Respubliki. *Vestnik Mezhdunarodnogo universiteta Kyrgyzstana*, (1(14)), 55-58. (in Russian).
4. Ashimov, I. A. (2001). Dialog s samim soboi (O metodologicheskikh problemakh khirurgii rubezha XX i XXI vekov). Bishkek. (in Russian).
5. Ashimov, I. A. (2016). Sistema. Bishkek. (in Russian).
6. Ashimov, Zh. I. (2008). Nauchnyi kontekst organizatsii transplantologicheskoi sluzhby v Kirgizskoi Respublike: avtoref. ... d-r med. nauk. Bishkek. (in Russian).
7. Batarshiev, A. V., Alekseeva, I. Yu., & Maiorova, E. V. (2007). Diagnostika professional'no vazhnykh kachestv. St. Petersburg. (in Russian).
8. Baklanova, T. N. (2013). Obespechenie prav patsientov na kachestvennyuyu meditsinskuyu pomoshch' v usloviyakh mnogoprofil'nogo statsionara (novye tekhnologii, puti i metody resheniya): avtoref. ... kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).
9. Balandina, E. A. (2008). Andragogicheskaya model' povysheniya kvalifikatsii spetsialistov v sfere professional'nogo obshcheniya: avtoref. ... kand. ped. nauk. Kaliningrad. (in Russian).

10. Barantsev, R. G. (2008). *Становление тринитарного мышления*. Moscow. (in Russian).
11. Baranov, I. N., & Sklyar, T. M. (2004). Otsenka patsientami sposobov zashchity svoikh prav v voprosakh kachestva meditsinskoj pomoshchi. *Menedzher zdravookhraneniya*, (3), 19-20. (in Russian).
12. Bervik, D. M., Entkhoven, A., & Banker, D. P. (2006). Rol' vracha v upravlenii kachestvom. *Voprosy ekspertizy i kachestva meditsinskoj pomoshchi*, (4), 43-54. (in Russian).
13. Vardanyan, A. A. (2001). Obshchie tseli podgotovki kadrov v meditsinskikh VUZakh. In *Problemy gorodskogo zdravookhraneniya: Sbornik nauchnykh trudov*, St. Petersburg, 210-213. (in Russian).
14. Verbitskii, A. A. (2000). Kompleksnoe obuchenie v sisteme professional'nogo obrazovaniya. *Meditsinskaya sestra*, (6), 20-29. (in Russian).
15. Voronin, S. E., Rudnichenko, A. I., & Makarov, S. V. (2005). Mediko-sotsial'naya i psikhologicheskaya kharakteristika vrachei, rabotayushchikh v munitsipal'nom i vedomstvennom zdravookhranении. In *Tezisy yubileinoi konferentsii*, St. Petersburg, 161-162. (in Russian).
16. Voronova, N. I. (2004). Formirovanie kul'tury zdorov'ya uchashchikhsya kak prioritetnaya zadacha obrazovatel'nogo uchrezhdeniya. In *Shkola i zdorov'e: Problemy mediko-gigienicheskogo obucheniya i vospitaniya uchashchikhsya: Sbornik trudov*, Kolomna, 24-28. (in Russian).
17. Gololobova, T. V. (2001). *Formy i mekhanizmy uchastiya naseleniya v oplate meditsinskoj pomoshchi: avtoref. ... kand. med. nauk*. Moscow. (in Russian).
18. Granatovich, O. V. (2008). *Mediko-sotsial'nye potrebnosti i realizatsiya prav patsientov v usloviyakh mnogoprofil'nogo statsionara: avtoref. ... kand. med. nauk*. St. Petersburg. (in Russian).
19. Grebnev, L. (2004). Vysshee obrazovanie v Bolonskom izmerenii: rossiiskie osobennosti i ogranicheniya. *Vysshee obrazovanie v Rossii*, (1), 34-36. (in Russian).
20. Guzairov, M. B., Il'yasov, B. G., Karamzina, A. G., & Fazletdinova, Yu. R. (2014). Problemy integratsii obrazovatel'nykh, nauchnykh i proizvodstvennykh sistem. *Vestnik UGATU*, (3(64)), 189-195. (in Russian).
21. Moiseeva, K. E., Zelenova, E. V., Rubin, A. D., & Panfilova, T. Yu. (2007). Nekotorye rezul'taty sotsiologicheskogo oprosa roditelei o kachestve lechebno-profilakticheskoi pomoshchi detyam. *Gumanitarnye metody issledovaniya v meditsine: sostoyanie i perspektivy*, 297-299. (in Russian).
22. Dubinin, S. A. (2003). *Formirovanie sistemy mediko-sotsial'noi rehabilitatsii na osnove dokazannykh meditsinskikh tekhnologii (na primere Moskovskoi oblasti): avtoref. dis. ...d-r med. nauk*. Moscow. (in Russian).
23. Dukhanina, I. V., & Dukhanina, M. V. (2005). Motivatsionnoe upravlenie lechebno-profilakticheskim uchrezhdeniem. *Glavvrach*, (7), 33-38. (in Russian).
24. Zhdanov, V. G. (2020). Nauchnoe obosnovanie sistemy upravleniya personalom krupnoi mnogoprofil'noi bol'nitsy. *Problemy upravleniya zdravookhraneniem*, (5(6)), 15. (in Russian).
25. Efimenko, S. A. (2007). *Sotsiologiya patsienta: avtoref. ...d-r sots. nauk*. Moscow. (in Russian).
26. Zasyplin, M. Yu. (2003). Rol' mediko-ekonomicheskikh printsipov upravleniya v organizatsii akushersko-ginekologicheskoi sluzhby: avtoref. ...kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).
27. Zueva, L. P., Tregubova, E. S., & Maimulov, V. G. (2000). Formirovanie spetsialista v sisteme poslediplomnogo professional'nogo obrazovaniya. *Vestnik SPbGMA im. I.I. Mechnikova*, (4), 78-79. (in Russian).

28. Kalashnikov, N. M. (2006). Puti optimizatsiya mezhlichnostnogo vzaimodeistviya patsientov i meditsinskogo rabotnikov s pozitsii obespecheniya kachestva meditsinskoj pomoshchi v usloviyakh OMS: avtoref. ...kand. med. nauk. Ivanovo. (in Russian).
29. Kanke, V. A. (2003). Etika spravedlivosti: teoriya morali budushchego. Moscow. (in Russian).
30. Kappushev, U. O. (2001). Sotsial'no-gigienicheskoe issledovanie udovletvorennosti bol'nogo meditsinskoj pomoshch'yu kak svoistva ee kachestva: avtoref. ...kand. med. nauk. Ivanovo. (in Russian).
31. Karataev, M. M. (2000). Nauchnoe obosnovanie sistemy finansirovaniya zdavookhraneniya v usloviyakh perekhoda k rynochnoi ekonomike (na primere Kyrgyzstana): avtoref. ... d-r med. nauk. Moscow. (in Russian).
32. Kasiev, N. K. (1999). Nauchnoe obosnovanie osnovnykh napravlenii reformy zdavookhraneniya i ee realizatsiya v Kirgizskoi Respublike: avtoref. ...d-r med. nauk. Moscow.
33. Perre, M., & Bauman, U. (2003). Klinicheskaya psikhologiya. St. Petersburg. (in Russian).
34. Kovrik, S. A. (2008). Udovletvorennost' patsientov meditsinskim obsluzhivaniem kak indikator kachestva meditsinskoj pomoshchi. *Zamestitel' glavnogo vracha*, (1 (20)), 66-69. (in Russian).
35. Komarov, H. B., & Komarov, R. N. (2005). Otsenka kachestva meditsinskoj pomoshchi na osnove sotsiologicheskikh oprosov vrachei i patsientov. *Glavvrach*, (12), 44-45. (in Russian).
36. Krutova, Ya. V. (2007). Nauchnoe obosnovanie mediko-organizatsionnykh meropriyatii, napravlennykh na optimizatsiyu kachestva pravovogo soprovozhdeniya meditsinskikh uslug khirurgicheskogo profilya: avtoref. ...kand. med. nauk. Ivanovo. (in Russian).
37. Kucherenko, V. Z., & Manerova, O. A. (2007). Obshchestvennoe zdorov'e i zdavookhranenie v usloviyakh reformirovaniya zdavookhraneniya i meditsinskogo obrazovaniya. *Ekonomika zdavookhraneniya*, (11), 18-23. (in Russian).
38. Kudrin, B. C. (2003). Kontseptual'no-metodologicheskie i organizatsionnye osnovy otsenki meditsinskoj deyatel'nosti. Orenburg. (in Russian).
39. Lenskaya, L. G., & Malakhovskaya, M. V. (2006). O metodakh menedzhmenta zabolevaniya. *Zdavookhranenie Rossijskoj Federatsii*, (1), 11-14. (in Russian).
40. Lukova, N. Kh. (2001). Nauchnoe obosnovanie pravovykh i eticheskikh vzaimootnoshenii vracha i patsienta v zdavookhranении: avtoref. ...kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).
41. Lisitsyn, Yu. P. (2002). Meditsinskie kadry. Obshchestvennoe zdorov'e i zdavookhranenie. Moscow. 367-375. (in Russian).
42. Mamakeev, M. M., Ashimov, I. A., & Mamakeev, K. M. (2010). Osnovnye etapy razvitiya, dostizheniya i perspektivy kirgizskoi khirurgii, kak nauki i sfery professional'noi deyatel'nosti (soobshchenie 1). *Khirurgiya Kyrgyzstana*, (1), 2-9. (in Russian).
43. Mamakeev, M. M., Ashimov, I. A., & Mamakeev, K. M. (2010). Osnovnye etapy razvitiya, dostizheniya i perspektivy kirgizskoi khirurgii, kak nauki i sfery professional'noi deyatel'nosti (soobshchenie 2). *Khirurgiya Kyrgyzstana*, (2), 3-10. (in Russian).
44. Maksimov, I. I. (2006). Kachestvo meditsinskoj pomoshchi i vliyanie professional'nogo mentaliteta meditsinskikh rabotnikov na ego nepreryvnoe povyshenie: avtoref. ..kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).
45. Manerova, O. A. (2006). Nauchnoe obosnovanie sistemy formirovaniya kadrovogo potentsiala v usloviyakh reformy zdavookhraneniya: avtoref. ... d-r med. nauk. Moscow. (in Russian).
46. Mart'yanov, I. N. (2004). Opyt differentsirovannoi oplaty truda v mnogoprofil'nom statsionare. *Menedzher zdavookhraneniya*, (7), 23-29. (in Russian).

47. Vasil'eva, T. P., Golukhov, G. H., & Mushnikov, D. L. (2003). Mediko-sotsial'nyi i professional'no lichnostnyi portret vrachebnogo personala mnogoprofil'noi bol'nitsy. *Sotsiologiya meditsiny*, (2), 33-35. (in Russian).
48. Mitronin, V. N. (2004). Material'noe stimulirovanie rezul'tatov trudovoi deyatel'nosti personala meditsinskoj organizatsii na osnove professionalizma i konkurentosposobnosti. *Glavvrach*, (2), 8-13. (in Russian).
49. Muratov, A. A. (2010). Khirurgiya praktikasyn sotsialdashtyruu, darttapma protsessin industriyalashtyruu zhana daryloo ygyn zhekeleshtiryynyn ilimii negizderi: avtoref. ...d-r med. nauk. Bishkek. (in Russian).
50. Naberezhnaya, Zh. B., & Serdyukov, A. G. (2005). Analiz udovletvorennosti bol'nykh meditsinskoj pomoshch'yu v statsionarakh. *Glavvrach*, (3), 49-54. (in Russian).
51. Nazarov, A. I. (2000). Obobshchennaya model' poznavatel'noi deyatel'nosti individa. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie*, (3), 40-60. (in Russian).
52. Nazarenko, G. I., Polubentseva, E., Parshin, V. (2004). Mentalitet meditsinskikh rabotnikov i ego vliyanie na uspehnost' vnedreniyam praktiku tekhnologicheskoi modeli nepreryvnogo povysheniya kachestva meditsinskoj «pomoshchi. *Glavvrach*, (5), 45-53. (in Russian).
53. Nikolaev, Yu. V., & Bursikov, A. V. (2003). Proizvodstvennaya praktika kak obrazovatel'naya tekhnologiya. *Vestnik IvGMA*, 8(3-4), 85-88. (in Russian).
54. Oleksiv, O. E. (2005). Ekspertiza deyatel'nosti anesteziologicheskikh sluzhb kak metod povysheniya kachestva meditsinskoj pomoshchi i osnova strakhovaniya professional'noi otvetstvennosti: Avtoref. ...kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).
55. Patsukova, D. V. (2005). Nauchnoe obosnovanie protsedur zashchity prav zastrakhovannykh patsientov v usloviyakh vozmezdno go dogovora: avtoref. ...kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).
56. Podluzhnaya, M. Ya., & Neverov, A. V. (2008). Otsenka professional'no-pravovoi podgotovlennosti organizatorov zdravookhraneniya. *Problemy upravleniya zdravookhraneniem*, (3), 9-12. (in Russian).
57. Ryabinina, O. V. (2008). Organizatsionno-pravovye aspekty vnedreniya strakhovaniya grazhdanskoj otvetstvennosti za prichinenie vreda zhizni i zdorov'yu v rezul'tate meditsinskogo vmeshatel'stva: avtoref. ...kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).
58. Sashko, S. Yu., & Ballo, A. M. (2001). Yuridicheskaya otsenka defektov okazaniya meditsinskoj pomoshchi i vedeniya meditsinskoj dokumentatsii. St. Petersburg. (in Russian).
59. Shchepin, V. O., Filatov, V. B., Nechaev, V. S., & Pogorelov, Ya. D. (2000). Sovremennoe zdravookhranenie i poslediplomnoe meditsinskoe obrazovanie. *Byulleten' NII SGEUZ im. H.A. Semashko*, 2, 188-211. (in Russian).
60. Stetsenko, S. G. (2002). Defekty okazaniya meditsinskoj pomoshchi: problemy yuridicheskoi kvalifikatsii i ekspertizy. *Rossiiskii sledovatel'*, (5), 7-11. (in Russian).
61. Sultanmuratov, M. T., Mukanova, N. A., Ozhukeeva, T. O., & Bokchubaev, E. T. (2002). Reforma zdravookhraneniya za vosstanovlenie sotsial'noi spravedlivosti. *Reforma*, 31. (in Russian).
62. Taranov, A. M., Khaletskii, I. G., & Vasil'eva, T. P. (2005). Upravlenie kadrovym potentsialom uchrezhdenii zdravookhraneniya (sotsial'no-gigienicheskie, sotsial'no-psikhologicheskie i organizatsionno-metodicheskie aspekty). Moscow. 84-98. (in Russian).
63. Tilekov, E. A. (2012). Stanovlenie i razvitie vysokotekhnologichnoi khirurgii v Kirgizskoi Respublike (problemy, faktory, mery, rezul'taty): avtoref. ...d-r med. nauk. Bishkek. (in Russian).
64. Tidemann, B. (2011). Dual'naya sistema – nemetskaya forma professional'nogo obrazovaniya. *Obrazovanie i nauka*, (6), 112-123. (in Russian).
65. Tobes Bridzhit (2001). Pravo na zdorov'e: Teoriya i praktika. Moscow. 89-96. (in Russian).

66. Tuibaev, Z. A. (2015). Kompetetnostnyi podkhod k ob"ektivizatsii kachestva povtornykh operatsii: avtoref. ...kand. med. nauk. Bishkek. (in Russian).
67. Taranov, A. M. (2005). Upravlenie kadrovym potentsialom uchrezhdenii zdavookhraneniya (sotsial'no-gigienicheskie, sotsial'no-psikhologicheskie i organizatsionnometodicheskie aspekty). Moscow. (in Russian).
68. Fatykhov, P. P. (2004). Kontsepsiya kadrovoi politiki i kadrovyi potentsial zdavookhraneniya. *Glavvrach*, (6), 61-64. (in Russian).
69. Chernova, T. V., Makhinova, N. V., & Kochubei, G. N. (2007). Motivatsiya personala kak odna iz funktsii vnutribol'nichnogo upravleniya. *Glavvrach*, (2), 101-103. (in Russian).
70. Yugfel'd, E. A. (2014). Analiz effektivnosti dual'noi modeli obucheniya pri podgotovke spetsialistov v usloviyakh gosudarstvenno-chastnogo partnerstva. *Alma mater*, (9), 44-47. (in Russian).
71. Aguilar, M., Alarcón, A., & Obdulia, M. (2003). Management of human resources in neurology. *Neurologia (Barcelona, Spain)*, 18, 70-79.
72. Armstrong, S. J. (2004). The impact of supervisors' cognitive styles on the quality of research supervision in management education. *British Journal of Educational Psychology*, 74(4), 599-616. <https://doi.org/10.1348/0007099042376436>
73. Bamberg, R., & Layman, E. (2004). Approaches to leadership development used by deans of allied health. *Journal of Allied Health*, 33(2), 113-124.
74. Berg, C. (2004). The human resources code. Managing employee performance problems. *Emergency medical services*, 33(10), 164-166.
75. Buchan, J. (2004). What difference does (" good") HRM make?. *Human resources for health*, 2, 1-7. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-6>
76. Berteloot, G., Gagnayre, R., & d'Ivernois, J. F. (2004). Nursing practice in the context of geographic isolation: implications for training. *Sante Publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France)*, 16(2), 239-250. <https://doi.org/10.3917/spub.042.0239>
77. Shelton, P., & Syrett, M. (2003). Clinical management. Where medicine meets management. Whose bright idea?. *The Health Service Journal*, 113(5883), 26-27.
78. Croasdale, M. (2003). Federal advisory group predicts physician shortage looming. *American Medical News*, 3.
79. Chairman (2003). Committee on Health, Education, Labor and Persons, U.S. Senate. *Washington*, 3-67.
80. Dickson, G. C., Price, L., Maclaren, W. M., & Stein, W. M. (2004). Perception of risk: a study of A&E nurses and NHS managers. *Journal of Health Organization and Management*, 18(5), 308-320. <https://doi.org/10.1108/14777260410560857>
81. Dyson, S. L., Greene, S. B., & Fraher, E. P. (2004). A shortage of health information management professionals: how would we know?. *Journal of allied health*, 33(3), 167-173.
82. Doolan, D. F., & Bates, D. W. (2002). Computerized physician order entry systems in hospitals: mandates and incentives. *Health affairs*, 21(4), 180-188. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.4.180>
83. Hylton, J. (2004). Leadership: the next HHR crisis? Part II. In *Healthcare management forum* (Vol. 17, No. 2, pp. 3-6).
84. Jones, K. J., Cochran, G., Hicks, R. W., & Mueller, K. J. (2004). Translating research into practice: voluntary reporting of medication errors in critical access hospitals. *The Journal of Rural Health*, 20(4), 335-343. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2004.tb00047.x>

85. Pei, L., Stanton, P., & Legge, D. (2004). Improving human resource management in Chinese healthcare: identifying the obstacles to change. *Australian Health Review*, 27(1), 124-130. <https://doi.org/10.1071/AH042710124>

86. Schena, F. P. (2004). Management human resources. *Giornale Italiano di Nefrologia: Organo Ufficiale Della Societa Italiana di Nefrologia*, 21(1), 57-64.

87. Sheff, R. A. (2003). How to recruit and develop physician leaders: a strategy for medical staff leadership development. New York, 3-39.

88. Wyss, K. (2004). An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millennium Development Goals. *Human resources for health*, 2(1), 1-8.

Работа поступила
в редакцию 15.01.2023 г.

Принята к публикации
22.01.2023 г.

Ссылка для цитирования:

Ниязова С. Б. Обзор проблем качества непрерывного медицинского образования врачей и основные направления их решения // Бюллетень науки и практики. 2023. Т. 9. №2. С. 283-301. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/87/33>

Cite as (APA):

Niyazova, S. (2023). Review of the Quality Problems of Additional Education of Doctors and the Main Directions for Their Solution. *Bulletin of Science and Practice*, 9(2), 283-301. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/87/33>