

# Проект реформирования подготовки семейных врачей. Национальный опрос руководителей учебных программ по акушерству, США

**Matthew R. Meunier, MD, Barbara S. Apgar, MD, MS, Stephen D. Ratcliffe, MD, MSPH, and Patricia B. Mullan, PhD. Адаптировано С.А. Шурпяк**

J Am Board Fam Med November-December 2012 vol. 25 no. 6 827-831

Предложенные изменения в требования к обучению по специальности «Охрана материнства», включая двухступенчатую программу обучения, подняли вопросы об их необходимости и влиянии. Целью данного исследования было выяснить, какие изменения в свои учебные планы по акушерству собираются внести учебные заведения по подготовке семейных врачей.

**Методы.** Мы провели опрос руководителей учебных программ по акушерству в 423 учебных заведениях семейной медицины по месту жительства для уточнения их планов по внедрению предлагаемых требований по обучению по специальности «Охрана материнства».

**Результаты.** В опросе приняли участие 204 учебных заведения (49,4% от опрошенных). 41,7% опрошенных планируют внедрить двухступенчатую программу, 19,6% – будут использовать обновленную программу, 3,9% – программу-минимум, 23,5% опрошенных не планируют менять свои учебные планы.

**Выводы.** Большинство учебных заведений планирует применить предложенные изменения, однако существенное меньшинство не будут менять свои учебные планы.

Семейные врачи обеспечивают доступ к критически важным услугам по качественной охране материнства для населенных пунктов и населения с недостаточным доступом к медицинскому обслуживанию [1]. Снижение доступности услуг по охране материнства в сельской местности было связано с неблагоприятными перинатальными последствиями [2, 3]. Несмотря на влияние семейных врачей на охрану материнства, число практикующих семейных врачей, предоставляющих эти услуги, продолжает снижаться. Недавнее исследование показало, что доля семейных врачей в США, практикующих услуги по охране материнства, снизилась с 23,3% в 2000 году до 9,7% в 2010 году [4]. Кроме того, доля посещения семейными врачами по перинатальным услугам снизилась с 11,6% (1995–1996 гг.) до 6,1% (2003–2004 гг.) [5].

Усложняют эту тревожную тенденцию к снижению практики по охране материнства возрастающие трудности, с которыми столкнулись некоторые населенные пункты, в обеспечении достаточного количества рожиц и заведений для подготовки персонала. Для решения этих задач Ассоциация семейной медицины провела опрос членов ассоциации, обзор литературы и в 2008 году дискуссионный форум на ежегодном семинаре, на котором была выработана позиция, представленная для рассмотрения в Комитет по семейной медицине (RRC). Результатом этого процесса стало предложение двухступенчатой модели обучения по курсу «Охрана материнства». Предлагаемые изменения требуют, чтобы все семейные врачи, участвующие в этой программе, провели как минимум 20 родов и имели 200 часов акушерской практики – меньше, чем по действующим стандартам. Врачи, желающие пройти углубленный курс, должны провести 80 родов, иметь 400 часов акушерской практики и опыт ассистирования при кесаревом сечении [7]. Эти изменения обеспечивают базовую подготовку для тех врачей, которые не

планируют получать акушерскую специализацию после окончания обучения, обеспечивая акушерский опыт, достаточный для того, чтобы осуществлять охрану материнства в госпитальной практике. Предлагаемые изменения в образовании семейных врачей вызвали смешанную реакцию и размышления об их осуществлении, приемлемости и последствиях [6].

Опасения по поводу предлагаемых изменений включают как сужение направленности практики в области семейной медицины и ухудшение доступа к охране материнства в сельской местности, так и озабоченность по поводу повышенной сложности обучения студентов на 2-й ступени и возможностей больниц обеспечить уровень подготовки, достаточный для получения разрешения на практику по охране материнства [6, 8]. Наш недавний опрос руководителей по акушерскому образованию в семейной медицине служит источником эмпирического понимания учебных планов для акушерской подготовки в ответ на предлагаемое введение двухуровневой системы подготовки.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели опрос среди руководителей учебных курсов по акушерству в аккредитованных в США учебных центрах семейной медицины в контексте исследования практики обучения методам электронного мониторинга плода (ЭМП). Этот опрос опирался на данные ранее опубликованного национального опроса руководителей аккредитованных акушерско-гинекологических практик о методах обучения ЭМП (с разрешения ведущего автора этого обзора) [9].

Вопросы в нашем обзоре были скорректированы на то, чтобы сосредоточиться на текущих методах обучения ЭМП и частоте их использования в учреждениях семейной медицины. Вопросы из обзора вначале были апробированы как в многопрофильной группе медицинского образования, так и в группе семейной медицины факультета акушерства в 2 учебных заведениях.

Учитывая, что предлагаемые изменения в обучении по курсу «Охраны материнства» в семейной медицине, скорее всего, повлияют на преподавание общих тем, таких, как интерпретация результатов ЭПМ, был задан вопрос:

Каким образом ваша учебная программа будет приспособлена к предстоящим изменениям в требованиях RRC в акушерстве?

- A. Мы примем 20-родовую программу.
- B. Мы примем 80-родовую программу.
- C. Мы примем 20-родовую программу с возможностью факультативного обучения по 80-родовой программе.
- D. Не планируем вносить изменения.
- E. Другое (пожалуйста, укажите).

**Целью** данного исследования было получение ответов от факультетов акушерства семейной медицины. Исследование проводили в виде интернет-опроса с использованием SurveyMonkey (<http://www.surveymonkey.com>). Контактная

информация из 452 аккредитованных в США учебных заведений семейной медицины была получена через Совет по аккредитации высшего медицинского образования [10]. Адреса электронной почты для программы, за исключением полученных от Совета по аккредитации высшего медицинского образования, были получены из он-лайн базы данных FREIDA (база данных образовательных медицинских программ). Два повторяющихся адреса электронной почты были устранены для университетов, где преподают городской и сельский курсы. Оставшиеся 450 адресов электронной почты были загружены в список контактов SurveyMonkey. Восемнадцать адресов были определены в качестве респондентов, которые ранее отказались от опросов по электронной почте и были автоматически удалены из опроса. По оставшимся 427 адресам были направлены приглашения к участию в опросе, 4 приглашения вернулись из-за невозможности доставки по указанному адресу. 423 учебных заведения получили приглашение к участию в опросе и просьбу указать сотрудника, ответственного за учебные планы по акушерству. Контакты по электронной почте обеспечивали добровольное участие в опросе. Не ответившим участникам опроса посылались еженедельные напоминания с 12 марта по 9 апреля 2012 года. Статистический анализ данных опроса проводили с использованием программного обеспечения SPSS (SPSS, Inc / IBM, Chicago, IL). Окончательный опрос, состоящий из десяти вопросов, был представлен в Экспертный совет Мичиганского университета и получил образовательную привилегию (исследование ID HUM00057745).

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

В нашем опросе приняли участие 204 руководителя учебных программ по акушерству (49,4%), 97,6% из этих респондентов сообщили о своих планах ввести предлагаемые изме-

нения к требованиям по обучению охране материнства. Участвовавшие респонденты представляли учебные заведения с различными характеристиками (табл. 1). Результаты опроса руководителей учебных программ следующие: 41,7% планируют принять обе программы обучения, 19,6% планируют принять 80-родовую программу, 3,9% планируют принять 20-родовую программу, а 23,5% не планируют изменять свои учебные программы по акушерству на основе предлагаемых требований к обучению. Среди оставшихся 11,3% респондентов 14 (61%) ответим, что их учебные заведения еще не определились с планами по введению предлагаемых изменений; другие – что они планируют составить другие образовательные программы; 2,0% респондентов сказали, что их учебные планы соответствуют или превосходят предлагаемые по количеству родов. Например, один респондент написал : «У нас (уже) есть программы: минимальная, нормальная и высокая, с расчетом на 20, 100 и 150 родов».

В табл. 2 приведено распределение учебных программ, о которых сообщили учебные заведения, в плане демографических характеристик, с которыми руководители связывают свои программы. Значительные различия (P<0,05) проявились в планах внедрения изменений в учебную программу между учебными заведениями, представляющими основные демографические категории, в том числе в городских и сельских населенных пунктах ( $\chi^2=10,5$ ; DF=4, P=0,033), в возможности выбора программы обучения против безальтернативного варианта ( $\chi^2=21,1$ ; DF=4, P=0,000), в географическом положении ( $\chi^2=74,7$ ; DF=28, P=0,000), а также в количестве – обучающихся по курсу акушерства в семейной медицине ( $\chi^2=16,9$ ; DF=4, P=0,002). Например, 34,3% сельских учебных заведений планируют принять 80-родовую программу, в то время как только 14,3% городских учебных заведений запланировали это.

Наше исследование дает эмпирическое понимание того, как акушерские факультеты семейной медицины планируют внедрять предлагаемые изменения к требованиям по обучению охране материнства в семейной медицине. Хотя большинство учебных заведений сообщили о планах принять предлагаемые изменения, почти четверть учебных заведений – значительное меньшинство – не планируют вносить никаких изменений в свои учебные программы на основе предлагаемых изменений в требованиях. Это поднимает вопрос о том, насколько выполнимы или, возможно, даже необходимы предлагаемые изменения политики для ключевых факультетов акушерства семейной медицины, участие которых будет иметь решающее значение для внедрения данных изменений. Хотя наше исследование не указывает явно причины, по которым некоторые учебные заведения не будут менять свои учебные программы в соответствии с предлагаемыми требованиями, эти возможные причины вызывают сомнения в отношении последствий для будущего практики в области семейной медицины, и это остается предметом для дальнейших исследований [6, 8].

Предлагаемое сокращение минимальных требований к акушерской подготовке вызывает беспокойство относительно возможного снижения компетентности врача семейной медицины в акушерской практике. Дополнительная озабоченность по поводу этих изменений может включать сложность для студента-медика процесса согласования, а также желание обучающихся переходить с минимальных к более расширенным курсам по акушерству во время учебного процесса.

**ВЫВОДЫ**

Результаты наших исследований показывают, что большинство учебных заведений планируют принять смешанную программу обучения по акушерству.

Таблица 1

**Распределение участников опроса по определенным программой характеристикам (n=204)**

Характеристика учебного заведения	Всего учебных заведений в этой категории (n)	Процентное соотношение от общего числа
Городское	91	44,6
Сельское	35	17,2
Альтернативные программы обучения	70	34,3
Безальтернативные программы обучения	120	58,8
Северо-восток	42	20,6
Юг	32	18,6
Средний Запад	38	9,4
Север-центр	24	11,8
Юг-центр	18	8,8
Горы	19	9,3
Тихоокеанское побережье	27	13,2
Военные	2	0,1
Без студентов-акушеров	52	25,5
Со студентами-акушерами	152	74,5
Всего:	204	100

Как Ваше учебное заведение планирует изменять учебные программы?

Характеристика учебного заведения	20-родовая	80-родовая	Возможность выбора	Без изменений	Другое	Всего	$\chi^2$	DF	P
Городское	2 (2,2)	13 (14,3)	38 (41,8)	25 (27,5)	13 (14,3)	91 (100)	10,5	4	0,033
Сельское	1 (2,9)	12 (34,3)	12 (34,3)	10 (28,6)	0 (0)	35 (100)			
Альтернативное	1 (1,4)	6 (8,6)	34 (48,6)	14 (20,0)	15 (21,4)	70 (100)	21,1	4	0,000
Безальтернативное	4 (3,3)	34 (28,3)	42 (35,0)	33 (27,5)	7 (5,8)	120 (100)			
Месторасположение									
Северо-восток	1 (2,4)	3 (7,1)	26 (61,9)	7 (16,7)	5 (11,9)	42 (100)	74,7	28	0,000
Юг	4 (12,5)	7 (21,9)	15 (46,6)	3 (9,4)	3 (9,4)	32 (100)			
Средний Запад	1 (2,6)	6 (15,8)	15 (39,5)	9 (23,7)	7 (18,4)	38 (100)			
Север-центр	0 (0)	5 (20,8)	7 (29,2)	10 (41,7)	2 (8,3)	24 (100)			
Юг-центр	2 (11,1)	0 (0)	8 (44,4)	6 (33,3)	2 (11,1)	18 (100)			
Горы	0 (0)	3 (15,8)	5 (26,3)	11 (57,9)	0 (0)	19 (100)			
Тихоокеанское побережье	0 (0)	14 (51,9)	8 (29,6)	1 (3,7)	4 (14,8)	27 (100)			
Военные	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (100)			
Без студентов-акушеров	5 (9,6)	3 (5,8)	29 (55,8)	11 (21,2)	4 (7,7)	52 (100)	16,9	4	0,002
Со студентами-акушерами	3 (2,0)	37 (24,3)	56 (36,8)	37 (24,3)	19 (12,5)	152 (100)			

Результаты наших исследований дополняют результаты исследований, проведенных Ассоциацией семейной медицины [12], которые были посвящены опросу руководителей учебных заведений семейной медицины, предложивших свои идеи. Хо-

тя процесс обучения семейной медицине будет и далее адаптироваться к потребностям общества, это исследование дает эмпирическое понимание того, как учебные заведения планируют внедрять изменения, предложенные их руководителями.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- Cohen D, Guirguis-Blake J, Jack B, et al. Family physicians make a substantial contribution to maternity care: the case of the state of Maine. *Am Fam Physician* 2003;68:405.
- Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, Rosenblatt RA. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. *Am J Public Health* 1990;80:814-8.
- Allen DI, Kamradt JM. Relationship of infant mortality to the availability of obstetrical care in Indiana. *J Fam Pract* 1991;33:609-13.
- Tong S, Markaroff LA, Xierali IM, et al. Proportion of family physicians providing maternity care continues to decline. *J Am Board Fam Med* 2012;25:270-1.
- Cohen D, Coco A. Declining trends in the provision of prenatal care visits by family physicians. *Ann Fam Med* 2009;7:128-33.
- Coonrod RA, Kelly BF, Ellert W, Loeliger SF, Rodney WM, Deutchman M. Tiered maternity care training in family medicine. *Fam Med* 2011;43:631-7.
- Accreditation Council for Graduate Medical Education. Program requirements for review and comment. 2011. Available at [http://www.acgme.org/acWebsite/reviewComment/rev\\_programReq\\_Index.asp](http://www.acgme.org/acWebsite/reviewComment/rev_programReq_Index.asp). Accessed November 1, 2011.
- Blanchette H. The impending crisis in the decline of family physicians providing maternity care. *J Am Board Fam Med* 2012;25:272-3.
- Murphy AA, Halamek LP, Lyell DJ, Druzin ML. Training and competency assessment in electronic fetal monitoring: a national survey. *Obstet Gynecol* 2003;101:1243-8.
- Accreditation Council for Graduate Medical Education. Reports: programs by specialty (year ending June 30, 2012). 2012. Available at <http://www.acgme.org/adspublic/>. Accessed November 18, 2011.
- American Medical Association. FREIDA online. 2012. Available at <https://freida.ama-assn.org/Freida/user/viewProgramSearch.do>. Accessed September 12, 2012.
- Abercrombie S, Callaway P, Carek P, et al. A process for change: a methodology for academic family medicine. *Ann Fam Med* 2008;6:569-70.

Статья поступила в редакцию 01.02.2013