

РАЗНОЕ

Национальный вестник медицинских ассоциаций. 2026. Т. 3, № 2. С. 67-75

National Bulletin of Medical Associations. 2026;3(2):67-75

Разное / Miscellaneous

УДК 378.147:616

Магди Атталла

Высшая Школа гостиничного бизнеса и международного менеджмента BHMS University Centre,
Швейцария

Global Swiss Academy, Швейцария

✉ attalla@gswiss.ch

ЗА ПРЕДЕЛАМИ ЛАБОРАТОРИИ: КЛЮЧЕВЫЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ НАВЫКИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ЗАВТРАШНЕГО ДНЯ (ЧАСТЬ 2)

Аннотация. Статья посвящена критически важной проблеме современного здравоохранения — необходимости формирования управленческих компетенций у будущих врачей. Автор обосновывает, что в условиях усложнения медицинской практики успех врача определяется не только клиническими знаниями, но и навыками эффективной организации работы. В статье детально анализируются три ключевые управленческие компетенции: тайм-менеджмент и организация труда, эффективная коммуникация, а также командная работа и лидерство. Для каждой компетенции представлены практические инструменты и методы, адаптированные для медицинской практики, такие как матрица Эйзенхауэра, метод SBAR, техники активного слушания и создания психологической безопасности в команде. Особое внимание уделяется взаимосвязи между развитием этих навыков и повышением безопасности пациентов, снижением уровня профессионального выгорания и улучшением клинических исходов. Материал статьи представляет ценность для медицинских образовательных учреждений, практикующих врачей и организаторов здравоохранения.

Ключевые слова: управленческие навыки врача, медицинское образование, тайм-менеджмент в медицине, клиническое лидерство, безопасность пациентов, междисциплинарное взаимодействие

Для цитирования: Магди Атталла. За пределами лаборатории: ключевые управленческие навыки для врачей завтрашнего дня (часть 2) // Национальный вестник медицинских ассоциаций. 2026. Т. 3, № 2. С. 67-75

ВВЕДЕНИЕ

Современное здравоохранение характеризуется беспрецедентной сложностью и динамичностью. Совершенствование медицинских технологий, рост объемов информации, повышение требований к качеству и безопасности медицинской помощи, а также экономические ограничения кардинальным образом трансформируют роль врача в системе здравоохранения. Сегодня профессиональная компетентность медицинского специалиста определяется не только глубиной клинических знаний, но и способностью эффективно организовывать работу вокруг пациента, управлять многопрофильной командой и оптимизировать лечебно-диагностические процессы.

Традиционная модель медицинского образования, ориентированная преимущественно на передачу узкоспециальных знаний, оказывается недостаточной для подготовки конкурентоспособного специалиста, способного уверенно действовать в условиях современной

системы здравоохранения. Возникает насущная потребность в целенаправленном формировании управленческих компетенций, которые позволяют врачу трансформироваться из пассивного исполнителя в активного организатора и лидера медицинской помощи.

Ранее мы рассматривали и детализировали основные управленческие компетенции будущего врача — тайм-менеджмент и организация труда, эффективная коммуникация, командная работа и лидерство. Во второй части мы рассмотрим управленческие компетенции: разрешение конфликтов, принятие решений в условиях неопределённости; грамотное делегирование; управление качеством и проектный подход; самоосознание, эмоциональный интеллект и устойчивость (Resilience). Перечисленные компетенции непосредственно влияют на ключевые показатели системы здравоохранения: безопасность пациентов, эффективность использования ресурсов, удовлетворенность персонала и качество медицинской помощи в целом.

В данной статье предпринята попытка системного анализа управленческих компетенций будущего врача с акцентом на практические аспекты их формирования и развития. Особое внимание уделяется методологическим основам и инструментарию, позволяющему интегрировать управленческий подход в повседневную клиническую практику, что способствует созданию культуры непрерывного улучшения и устойчивого развития системы здравоохранения.

1. Разрешение конфликтов: от деструктивного противостояния к конструктивному диалогу.

В высокострессовой, многозадачной и иерархической среде здравоохранения конфликты являются не отклонением от нормы, а неизбежным элементом профессиональной деятельности [1]. Их источниками могут быть ограниченность ресурсов, конкурирующие приоритеты, различное профессиональное видение, высокая эмоциональная нагрузка и нечеткое распределение ответственности. Однако ключевое значение имеет не сам факт возникновения конфликта, а то, как он разрешается. Неуправляемые конфликты ведут к снижению качества помощи, напряженной атмосфере в коллективе и выгоранию сотрудников [2]. Напротив, грамотно управляемый конфликт может стать катализатором позитивных изменений и инноваций.

1.1. Глубинная диагностика конфликта.

Классический подход к разрешению конфликтов, предложенный в рамках Гарвардского проекта по переговорам, предполагает смещение фокуса с позиций (что люди хотят) на интересы (почему они этого хотят) [3].

- Позиция — это конкретное требование или утверждение. *Например: «Медсестра И. требует отменить новое правило заполнения документации».*
- Интерес — это скрытая потребность, страх или желание, стоящие за этой позицией. *В нашем примере: ее интересами могут быть «нехватка времени на непосредственную работу с пациентами», «страх совершить ошибку из-за усложнившейся процедуры» или «потребность в уважении и учете мнения при внедрении изменений».*

Практические шаги для выявления интересов:

1. Задавайте открытые вопросы: «Расскажите, с какими трудностями вы столкнулись при работе по новым правилам?», «Что для вас является самым важным в этой ситуации?»
2. Активно слушайте и резюмируйте: «Правильно ли я понимаю, что основная проблема — в нехватке времени, а не в самом правиле?»
3. Посмотрите на ситуацию с ее стороны: техника «стать на место другого» помогает выявить неочевидные опасения и потребности.

Разрешение конфликта на уровне интересов открывает пространство для поиска взаимовыгодных решений, которые были невозможны на уровне ультимативных позиций.

1.2. Медиация и конструктивное ведение переговоров. Когда стороны не могут прийти к согласию самостоятельно, на первый план выходит структурированный подход к переговорам, часто с участием нейтрального

лица — медиатора (которым может выступить и сам врач-лидер).

Модель конструктивного разрешения конфликтов:

1. Установить рамки и создать безопасную среду. Необходимо четко обозначить цель беседы — найти решение, а не определить виновного. Установить правила: не перебивать, уважать мнение друг друга, конфиденциальность.
2. Собрать информацию и выслушать стороны. Дайте каждой стороне возможность изложить свою точку зрения, не прерывая. Медиатор фиксирует не только позиции, но и озвученные интересы.
3. Идентифицировать общие цели. Подчеркните точки соприкосновения. В медицинской команде это почти всегда безопасность пациента и качество оказываемой помощи. *«Я вижу, что мы все хотим, чтобы наш пациент получил лучшее лечение, и ищем самый эффективный способ этого достичь».*
4. Сгенерировать варианты решения. Проведите мозговой штурм, поощряя любые идеи без критики. На этом этапе важно количество, а не качество.
5. Оцените варианты и найдите взаимоприемлемое решение. Совместно проанализируйте выдвинутые предложения. Какое из них наилучшим образом удовлетворяет ключевые интересы всех сторон? Часто оптимальным является гибридное решение.
6. Достижение соглашения и определение плана действий. Четко сформулируйте, к какому решению пришли стороны. Кто, что и к какому сроку делает? Это предотвращает недопонимание в будущем.

1.3. Конфликт как источник инноваций и улучшения процессов. Парадоксально, но управляемый конфликт — это мощный драйвер организационного обучения и прогресса. Он выявляет «слабые места» в системе: неэффективные протоколы, недоработанные коммуникационные цепочки, устаревшие регламенты. *Пример:* конфликт между хирургической и анестезиологической бригадами по поводу времени подготовки к операции может привести к пересмотру всего предоперационного алгоритма, внедрению совместных брифингов и, в конечном счете, к сокращению времени между операциями и повышению безопасности пациента.

Институционализация извлечения уроков: регулярные разборы сложных случаев (Morbidity & Mortality Conferences), проводимые в конструктивном ключе, и анализ инцидентов — это формализованные способы направить энергию конфликта в русло системных улучшений [4]. В таких обсуждениях важно акцентировать внимание на процессе, а не на личности: «Что в нашей системе позволило этой ошибке произойти?», а не «Кто виноват?».

Таким образом, для будущего врача навык разрешения конфликтов — это не просто умение «погасить ссору», а комплексная компетенция, включающая диагностическое мышление (выявление интересов), коммуникативное мастерство (ведение переговоров и медиацию) и системное видение (использование конфликта для улучшения практики).

2. Принятие решений в условиях неопределенности: искусство клинического суждения.

Врачебная практика по своей природе связана с работой в условиях фундаментальной неопределенности, что обусловлено биологической вариабельностью, ограниченной точностью диагностических тестов, уникальностью каждого пациента и постоянным дефицитом времени. Способность принимать взвешенные решения в такой обстановке — не врожденный талант, а вырабатываемый навык, сочетающий научный подход, критическое мышление и эмоциональную устойчивость [5].

2.1. Двойной процесс мышления и роль доказательной медицины.

Современная когнитивная психология описывает два типа мышления, используемых при принятии решений [6]:

- Система 1 (интуитивная, быстрая) включает в себя автоматические, почти бессознательные процессы, основанные на шаблонах и опыте («клинический глазомер»). Данная система крайне эффективна в рутинных и экстренных ситуациях (например, распознавание анафилаксии), но подвержена когнитивным искажениям (например, ошибка подтверждения).
- Система 2 (аналитическая, медленная) основана на рациональном, последовательном и требующим усилий анализе. Данная система включает в себя взвешивание доказательств, использование диагностических алгоритмов и оценку вероятностей.

Практическое применение для врача:

1. Осознанное переключение между системами: опытный врач использует Систему 1 для генерации гипотез, но подключает Систему 2 для их проверки в сложных, нетипичных случаях.
2. Использование алгоритмов и шкал, а также стандартизированных инструментов (например, шкала WELLS для ТЭЛА, критерии Sepsis-3) помогает структурировать мышление, минимизировать влияние усталости и эмоций и объективизировать оценку риска [7].
3. Следование принципам доказательной медицины (ДМ) является систематическим подходом к Системе 2 и предусматривает поиск лучших доступных доказательств, их критическую оценку и интеграцию с индивидуальным клиническим опытом и ценностями пациента [8].

2.2. Анализ рисков и пользы: от интуиции к структурированной оценке. Когда доказательства неоднозначны или варианты лечения сопряжены со значительными рисками, необходим взвешенный анализ.

Методы для клинической практики:

1. Количественная оценка: использование концепции «Число нуждающихся в лечении» (Number Needed to Treat — NNT) и «Число нуждающихся в лечении для нанесения вреда» (Number Needed to Harm — NNH). Например, решение о назначении нового антикоагулянта: если NNT для профилактики инсульта = 20, а NNH для серьезного кровотечения = 100, это означает, что от инсульта мы защитим 5 из 100 пациентов, а серьезное кровотечение возникнет у 1 из 100. Такой

подход позволяет провести более предметный разговор с пациентом.

2. Качественная оценка:

- анализ «За и Против» (Pros and Cons): простое, но эффективное табличное представление последствий каждого варианта.
- фрейминг-эффект: осознание того, что одна и та же информация, представленная по-разному («90% выживаемости» против «10% смертности»), может значительно повлиять на выбор и врач должен стремиться к нейтральной подаче данных.

3. Совместное принятие решений (Shared Decision Making): в условиях неопределенности особенно важен диалог с пациентом. Врач предоставляет информацию о вариантах, рисках и пользе, а пациент делится своими ценностями, предпочтениями и отношением к риску. Такой алгоритм превращает решение из чисто медицинского в разделенную ответственность [9].

2.3. Культура ошибки: умение признавать и корректировать. Неопределенность неизбежно приводит к ошибкам и неоптимальным решениям. Ключевой навык — не «не ошибаться», а создавать систему для раннего распознавания и коррекции ошибок.

1. Когнитивная гибкость и рефлексия: способность усомниться в первоначальном плане при поступлении новой информации или отсутствии ожидаемого ответа на терапию. Регулярные вопросы самому себе: «Что может опровергнуть мою гипотезу?», «Какие «красные флаги» я мог упустить?»
2. Метод «Остановись и подумай» (Stop-and-Think): в критических моментах, даже в условиях цейтнота, сделать паузу на 10–15 секунд для ментальной проверки плана, что позволяет «переключиться» с автоматической Системы 1 на аналитическую Систему 2 и предотвратить «ошибки по невниманию».
3. Открытое признание ошибок и дебрифинг: создание среды, где врачи могут открыто обсуждать диагностические и тактические ошибки без страха наказания, является краеугольным камнем обучения и повышения безопасности [10]. Анализ случая в формате «Чему это нас научило?» вместо «Кто виноват?» способствует системному улучшению, а не поиску «козла отпущения».

Таким образом, принятие решений в условиях неопределенности — это интегративный навык, требующий от врача владения как техническими инструментами (алгоритмы, доказательная медицина, анализ NNT/NNH), так и метакогнитивными стратегиями (осознание работы собственного мышления, рефлексия, когнитивная гибкость).

3. Грамотное делегирование: оптимизация командного потенциала и ответственности.

В современной системе здравоохранения, где врач является центральным звеном в сложной сети оказания помощи, попытка выполнять все задачи самостоятельно является прямым путем к профессиональному выгоранию и созданию «узких мест» в рабочих процессах. Делегирование — это стратегический управленческий

навык, заключающийся не в «сбросе» нежелательных обязанностей, а в рациональном распределении задач среди членов команды в соответствии с их компетенциями, с целью повышения общей эффективности и качества медицинской помощи [11]. Правильное делегирование освобождает время врача для задач, требующих его уникальной экспертизы (сложная диагностика, принятие ключевых решений о лечении), и способствует профессиональному росту и вовлеченности всех сотрудников.

3.1. Структурированный подход. Для минимизации рисков и обеспечения эффективности делегирования рекомендуется использовать модель «Пяти прав» (Five Rights of Delegation), разработанную Национальными советами по сестринскому делу (NCSBN) в США и признанную во всем мире как золотой стандарт [12].

1. Право «Задачи» (The Right Task).

Суть: делегируемая задача должна входить в сферу компетенции исполнителя и соответствовать юридическим и институциональным протоколам.

Практическое применение: врач должен точно знать, какие процедуры и манипуляции (например, забор крови, введение определенных препаратов, проведение вакцинации) законодательно и внутренними правилами входят в должностные обязанности медсестры, фельдшера или лаборанта. Делегирование задачи, выходящей за эти рамки, недопустимо.

2. Право «Обстоятельств» (The Right Circumstances).

Суть: даже допустимая задача может быть делегирована только при соответствующих условиях. Необходимо учитывать стабильность состояния пациента, доступность ресурсов и общую загруженность отделения.

Практическое применение: поручать медсестре плановую перевязку стабильному пациенту — правильно. Делегировать ей проведение сложной перевязки пациенту в нестабильном состоянии, требующем постоянного врачебного контроля — опасно.

3. Право «Исполнителя» (The Right Person).

Суть: задача должна быть делегирована сотруднику, который обладает необходимыми знаниями, навыками и опытом для ее безопасного выполнения.

Практическое применение: делегирование должно быть персонифицированным: недостаточно выбрать просто «медсестру». Нужно учитывать индивидуальный уровень подготовки: одна медсестра может быть опытна в работе с инфузионными растворами, другая — нет.

4. Право «Инструкции и Коммуникации» (The Right Direction/Communication).

Суть: врач обязан предоставить четкие, понятные и полные инструкции, что является самым уязвимым местом в процессе делегирования.

Практическое применение: инструкция должна отвечать на вопросы: Что? Зачем? Как? Когда? И что делать, если...?

Плохой пример: «Сделайте ЭКГ».

Правильный пример: «Анна, пожалуйста, снимите ЭКГ у пациента в 305-й палате в приоритетном порядке в течение 10 минут. Его беспокоит дискомфорт в груди.

Результат принесите мне сразу. Если состояние ухудшится во время процедуры, немедленно вызовите реанимационную бригаду и доложите мне».

5. Право «Наблюдения и Обратной Связи» (The Right Supervision and Evaluation).

Суть: врач, делегируя задачу, не снимает с себя окончательную ответственность за пациента, а обеспечивает соответствующий уровень контроля и дает обратную связь.

Практическое применение: контроль может быть прямым (присутствие при сложной манипуляции) или косвенным (проверка результата и запись в истории болезни). Важно поблагодарить за выполненную работу или, в случае ошибки, конструктивно обсудить ее, сделав выводы на будущее.

3.2. Четкая постановка задачи и культура обратной связи. Эффективность делегирования напрямую зависит от качества коммуникации.

- Использование метода SBAR: Этот инструмент идеально подходит и для делегирования.

- S (Ситуация): «У пациента в 305-й палате появился дискомфорт в груди».

- В (Предыстория): «В анамнезе ИБС, постинфарктный кардиосклероз».

- А (Оценка): «Необходимо исключить острый коронарный синдром».

- R (Рекомендация): «Немедленно снимите ЭКГ и принесите мне результат. Сообщите мне о любых изменениях».

- «Закрытие петли коммуникации» (Close the Loop): убедиться, что задача понята и принята. После постановки задачи спросите: «Пожалуйста, повторите, что вам нужно сделать». После выполнения — получите отчет: «Иван, доложите, пожалуйста, результат ЭКГ».

- Обратная связь как инструмент развития: регулярная обратная связь — неотъемлемая часть права на наблюдение. Она укрепляет доверие, мотивирует команду и предотвращает повторение ошибок. Фраза «Спасибо, что быстро справились, это помогло нам вовремя начать лечение» так же важна, как и разбор недочетов.

Грамотное делегирование, основанное на модели «Пяти прав» и подкрепленное четкой коммуникацией, является мощным инструментом лидера. Оно трансформирует врача из «исполнителя-одиночки» в эффективного менеджера ресурсов команды.

4. Управление качеством и проектный подход: врач как архитектор медицинской системы.

Современный врач не может быть пассивным винтиком в системе здравоохранения. Для обеспечения высокого уровня безопасности и эффективности медицинской помощи он должен активно участвовать в улучшении процессов, в которых работает, что требует от будущего специалиста овладения компетенциями в области управления качеством и проектной деятельности, позволяющими не просто диагностировать проблемы, но и внедрять устойчивые решения [13].

4.1. Методологии непрерывного улучшения: научный подход к оптимизации процессов.

Знание основ методологий качества позволяет проводить изменения не интуитивно, а на основе данных и структурированных методов, таких как цикл Деминга (PDCA/SDCA), бережливое производство (Lean),

Фундаментальной моделью для любого улучшения может являться цикл Деминга (PDCA/SDCA), который состоит из следующих этапов:

- Plan (Планирование): определение проблемы, анализ коренных причин (например, с помощью диаграммы Ишикавы), постановка цели и разработка плана изменений. *Пример: план по сокращению времени ожидания результатов анализов в отделении.*
- Do (Выполнение): реализация плана в малом масштабе (пилотный проект).
- Check (Проверка): оценка результатов пилотного внедрения с помощью собранных данных. Привело ли изменение к желаемому эффекту?
- Act (Действие): стандартизация успешного изменения и его внедрение в повседневную практику. Если результат не достигнут — цикл начинается заново. Модель SDCA (Standardize-Do-Check-Act) используется для стабилизации уже улучшенного процесса [14].

Бережливое производство (Lean) является философией, направленной на устранение всех видов потерь (яп. «муда»), но не добавляющей ценности для пациента. Ключевыми инструментами являются:

- Value Stream Mapping (VSM) представляет собой визуальное картирование потока создания ценности (от поступления пациента до выписки) позволяет увидеть этапы, где происходят задержки, лишние перемещения или простои.
- Система организации рабочего пространства 5S (Сортировка, Соблюдение порядка, Содержание в чистоте, Стандартизация, Совершенствование) позволяет сократить время поиска инструментов и лекарств, повышая безопасность.
- Практика непрерывных небольших улучшений, вовлекающих весь персонал кайдзен (Kaizen) [14].

4.2. Участие в клинических аудитах и анализе инцидентов — это практические механизмы, позволяющие врачу напрямую влиять на качество помощи. Клинический аудит: циклический процесс, в котором медицинская практика систематически сравнивается с утвержденными клиническими стандартами или лучшими практиками (бенчмаркинг). К этапам аудита относятся выбор темы, определение критериев, сбор данных, анализ расхождений, внедрение изменений и повторный аудит для оценки эффективности [15]. Пример: аудит соблюдения сроков проведения хирургических операций после постановки диагноза в сравнении с национальными рекомендациями.

Процедура анализа инцидентов и в процедуре расследования серьезных инцидентов (Root Cause Analysis — RCA) может быть применен метод «5 почему», который направлен не на поиск виновного, а на выявление системных причин. Также можно визуализировать

возможные причины проблемы при помощи диаграммы Ишикавы («рыбья кость»), сгруппировав их по категориям (например: «Люди», «Методы», «Оборудование», «Материалы», «Среда», «Управление» [16]. При проведении процедуры анализа инцидентов важно помнить о культуре «невиновности», что без психологической безопасности персонал будет скрывать ошибки, а Вы лишаете систему возможности учиться на них.

4.3. Управление проектами: от идеи до результата. Способность управлять проектами еще один ключевой навык современного врача, помогающий во внедрении любых значимых изменений (от реорганизации работы процедурного кабинета до внедрения нового диагностического протокола). К базовым принципам данного навыка можно отнести следующие базовые принципы:

- определение целей (SMART): цель должна быть «конкретной», «измеримой», «достижимой», «релевантной» и «ограниченной по времени».
- определение стейкхолдеров: выявление всех заинтересованных сторон (пациенты, администрация, медперсонал, другие отделения) и работа с их ожиданиями.
- планирование ресурсов и сроков: что нужно для реализации (люди, бюджет, оборудование) и в какие сроки это может быть выполнено.
- коммуникационный план: регулярное информирование команды и стейкхолдеров о ходе проекта.
- управление рисками: предвосхищение потенциальных проблем и планирование мер по их смягчению [17].

Все чаще в здравоохранении применяются Гибкие методологии (Agile/Scrum) для быстрого и гибкого внедрения изменений небольшими итерациями, позволяя оперативно получать обратную связь и корректировать курс.

5. Самоосознание, эмоциональный интеллект и устойчивость (Resilience): фундамент профессионального долголетия. В высокострессовой среде здравоохранения, где ежедневно принимаются решения, влияющие на человеческие жизни, технические навыки и клинические знания оказываются хрупкими без прочного психологического фундамента. Этим фундаментом являются самоосознание, эмоциональный интеллект и устойчивость, которые позволяют врачу не только эффективно функционировать в условиях хронического стресса, но и сохранять человечность, эмпатию и способность к развитию на протяжении всей карьеры, выступая ключевым буфером против профессионального выгорания [18].

5.1. Самоосознание (рефлексия). Основой для роста является способность распознавать и понимать собственные эмоции, мысли, ценности, сильные и слабые стороны, а также их влияние на окружающих. В медицине это метакогнитивный навык, позволяющий врачу «наблюдать за своим собственным мышлением».

Практики развития самоосознания:

- регулярная рефлексия: структурированный самоанализ в конце рабочего дня или сложного случая. Вопросы для размышления: «Что я сделал хорошо?»,

«Что я мог сделать иначе?», «Какие мои эмоции повлияли на принятие решений?», «Какая моя личная «слепая зона» проявилась сегодня?»

- ведение профессионального дневника: фиксация не только клинических наблюдений, но и эмоциональных реакций, этических дилемм, ситуаций, вызвавших затруднения.
- поиск обратной связи 360°: активное и непредвзятое получение обратной связи от коллег, медсестер, наставников и даже пациентов о своих коммуникативных и профессиональных качествах [19].
- медитация осознанности (Mindfulness): практики, направленные на фокусировку внимания на настоящем моменте без оценки. Исследования показывают, что даже короткие сессии mindfulness снижают стресс и улучшают когнитивные функции у врачей [20].

5.2. Эмоциональный интеллект (ЭИ) — это способность распознавать, понимать и управлять своими собственными эмоциями, а также распознавать, понимать и влиять на эмоции других людей. Модель ЭИ, предложенная Дэниелом Гоулманом, включает четыре компонента, критически важных для врача [21]:

1. Самосознание (как описано выше) — распознавание своих эмоций. Например, на приеме у опытного врача-кардиолога пожилой, очень требовательный пациент, который постоянно перебивает, критикует назначения предыдущих докторов и громко заявляет: «Вы меня не слушаете! Вы, как и все, хотите меня просто «напичкать» таблетками!» При этом врач только что провел детальный осмотр и пытается объяснить схему лечения. Врач чувствует резкий укол раздражения и обиды («Я же стараюсь для него!»). Не осознав эту эмоцию, он начинает защищаться: отвечает холодно, с металлическими нотками в голосе, ускоряет речь, чтобы быстрее закончить прием, или парирует: «Ну, если вы не доверяете, тогда я выпишу вам минимальную схему, делайте что хотите». Пациент чувствует агрессию, замыкается, доверие потеряно, лечение будет саботироваться. Как работает самосознание (распознавание эмоций) в этом же моменте?
- распознать (стоп-сигнал): в тот момент, когда у врача сжимается челюсть и учащается пульс, он мысленно фиксирует: «Я сейчас чувствую гнев и защитную реакцию. Мне кажется, что меня обесценивают».
- декодировать эмоции: вместо того чтобы реагировать на пациента, врач анализирует источник своей эмоции. Он понимает: «Моя злость — это не про этого больного, это про мое утомление к концу смены и про то, что я потратил 10 минут на подготовку истории болезни, а меня не дослушали».
- коррекция поведения (осознанный выбор): осознав свой гнев, врач не подавляет его (не делает вид, что все ок), а переводит в тактику. Он делает глубокий вдох и говорит вслух: «Я слышу ваше беспокойство и я вижу, что вы злитесь на предыдущих врачей. Давайте я сейчас замолчу на минуту, а вы скажите мне: чего вы боитесь больше всего в этом лечении?» Благодаря тому, что врач распознал свою злость (самосознание), он не

дал ей управлять своим голосом и мимикой. Пациент увидел эмпатию, высказал свой страх (например, боится побочных эффектов), и врач скорректировал препараты. Конфликт погашен, а пациент выполняет назначения.

Самосознание здесь — это профессиональный инструмент. Это не «я злюсь — значит я плохой», а «я злюсь, значит, сейчас мое восприятие искажено, и мне нужно переключиться с защиты себя на помощь пациенту».

2. Самоуправление: способность управлять своими разрушительными импульсами и эмоциями, оставаться спокойным и собранным в стрессовых ситуациях, проявлять добросовестность и адаптивность. Например, осознав свое раздражение из-за задержки с результатами анализов, врач делает глубокий вдох и спокойно, но настойчиво уточняет ситуацию, вместо того чтобы вымещать гнев на коллегах.
3. Социальная осведомленность (эмпатия): способность улавливать эмоции других людей, понимать их точку зрения и проявлять искренний интерес к их проблемам, что является основой для терапевтического альянса с пациентом. Например, врач замечает невербальные признаки страха у пациента (дрожащие руки, опущенный взгляд) и реагирует на это: «Я вижу, что вы волнуетесь и это совершенно нормально. Давайте обсудим все, что вас беспокоит», вместо «Что Вы так трясетесь, я еще ничего не делаю».
4. Управление взаимоотношениями: навык управления эмоциями других людей для построения эффективных отношений, что включает в себя вдохновляющее лидерство, влияние, развитие других, управление конфликтами и работу в команде. Например, в отделение экстренно поступили трое тяжелых пациентов после ДТП. В реанимационной бригаде — молодой ординатор (растерян и боится ошибиться), старшая медсестра (раздражена из-за переработок и упрекает ординатора в медлительности), и медбрат (работает молча, но видно, что вымотан). Назревает конфликт: сестра критикует ординатора при всех, ординатор краснеет и теряет нить мыслей, пациент требует внимания. Как врач применяет управление взаимоотношениями.
- поднимает значимость общей миссии, снимает фокус с личных обид и переключает команду на ценности профессии, задает эмоциональную опору: «Коллеги, я знаю, что мы устали и все на пределе, но сейчас у нас три жизни, которые зависят от нашей слаженности».
- апеллирует к прошлому успеху ординатора, снижает страх и берёт инициативу: «Я помню, как сам боялся в твоём возрасте, но твоя подготовка позволяет тебе сделать это. Начни с катетеризации — у тебя это отлично получалось на тренировках. Я подстрахую».
- признает эмоцию медсестры, переадресовывает её внимание на её сильную сторону и даёт ей чувство контроля, тем самым гасит открытый конфликт, не унижая ни одну из сторон: «Анна, я вижу твоё

раздражение — ты устала, и ты права, скорость сейчас критична. Давай мы проконтролируем давление у второго пациента, без тебя мы не успеем».

- врач замечает, что молчаливый медбрат перегружен, и перераспределяет задачи: *«Миша, теперь ты отвечаешь только за аппарат ИВЛ у третьего, а подготовку крови я беру на себя. Если что-то пойдет не так — кричи, я здесь».*

После того как пациенты стабилизированы, врач не бежит отдыхать, а подходит к ординатору и говорит: «Сейчас, на разборе полетов, давай вместе разберем, почему ты замешкался на третьем шаге. Не ругаю — учу. В следующий раз у тебя это займет 20 секунд. И не бойся перебить Анну, если уверен в цифрах — ты имеешь право голоса». Он развивает младшего коллегу, даёт обратную связь без угрозы, укрепляет его самооценку, чтобы в будущем тот сам управлял стрессом.

В результате конфликт погашен, ординатор не ушел в ступор, медсестра перестала агрессивировать, медбрат получил поддержку. Пациенты получили помощь быстрее, а в отделении сохранилась рабочая атмосфера. При этом врач не подавлял эмоции коллег, а направлял их в русло общей эффективности. Таким образом, управление взаимоотношениями для врача — это не манипуляция, а умение считывать эмоциональное состояние команды и/или пациента и гибко менять свою коммуникацию, чтобы каждый чувствовал себя услышанным и нужным, а лечение проходило качественно и без срывов.

5.3. Устойчивость (Resilience): искусство восстановления — способность адаптироваться к невзгодам, травмирующим событиям, трагедиям или значительным источникам стресса, восстанавливая психологическое благополучие и продолжая эффективно функционировать [22]. Для врача, сталкивающегося со страданиями, смертью и медицинскими ошибками, это не опция, а профессиональная необходимость.

Факторы развития устойчивости:

- Построение прочных социальных связей: поддержка коллег, друзей, семьи и наставников является мощнейшим буфером против выгорания. Профессиональные сообщества и группы супервизии (Balint groups) предоставляют безопасное пространство для обсуждения сложных случаев и эмоций.
- Осмысленность деятельности и связь с ценностями: постоянное напоминание себе о «зачем» — о миссии помощи людям — помогает найти смысл даже в самых тяжелых ситуациях.
- Развитие позитивного мышления и когнитивная гибкость: умение переосмысливать негативные события, извлекать из них уроки и фокусироваться на том, что можно контролировать.
- Забота о физическом здоровье: достаточный сон, регулярная физическая активность и сбалансированное питание — биологическая основа психологической устойчивости.
- Практика самосострадания (Self-Compassion): способность относиться к себе с добротой и пониманием в моменты неудач или страданий, признавая, что

несовершенство — часть общечеловеческого опыта. Врач, умеющий прощать себя за ошибки, менее склонен к выгоранию и более способен проявлять сострадание к пациентам [23, 24, 25].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ управленческих компетенций будущего врача демонстрирует их критическую важность для современной системы здравоохранения. Рассмотренные навыки — разрешение конфликтов, принятие решений в условиях неопределенности, делегирование, управление качеством и проектный подход, а также самоосознание и эмоциональный интеллект — образуют взаимосвязанную систему, обеспечивающую не только эффективность профессиональной деятельности, но и психологическое благополучие медицинских работников.

Развитие этих компетенций позволяет трансформировать традиционную модель врача-исполнителя в модель врача-лидера, способного не только оказывать качественную медицинскую помощь, но и оптимизировать рабочие процессы, создавать безопасную среду для пациентов и коллег, а также устойчиво противостоять профессиональным вызовам. Особое значение имеет интеграция принципов доказательной медицины с метакогнитивными стратегиями, что позволяет принимать взвешенные решения в условиях ограниченной информации и времени.

Внедрение системного подхода к формированию управленческих компетенций на всех этапах медицинского образования является стратегической задачей, от решения которой зависит будущее здравоохранения. Инвестиции в развитие этих навыков способствуют созданию культуры непрерывного улучшения, повышению безопасности пациентов и профессиональному долголетию медицинских работников. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку эффективных образовательных программ и оценку их влияния на ключевые показатели качества медицинской помощи.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

1. Almost J., Wolff A.C., Stewart-Pyne A., McCormick L.G. Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2016;72(7):1490-1505. DOI: 10.1111/jan.12904.
2. Rosenstein A.H., O'Daniel M. A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2008;34(8):464-471. DOI: 10.1016/s1553-7250(08)34058-6.
3. Fisher R., Ury W., Patton B. Getting to yes: negotiating agreement without giving in. 3rd ed. Penguin Books; 2011. 240 p.
4. Edmondson A.C. The fearless organization: creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth. John Wiley & Sons; 2019. 256 p. DOI: 10.1002/9781119477242.
5. Simpkin A.L., Schwartzstein R.M. Tolerating uncertainty — the next medical revolution? *N Engl J Med*. 2016;375(18):1713-1715. DOI: 10.1056/NEJMp1606402.
6. Kahneman D. Thinking, fast and slow. Farrar, Straus and Giroux; 2011. 499 p.
7. Ely J.W., Graber M.L., Croskerry P. Checklists to reduce diagnostic errors. *Acad Med*. 2011;86(3):307-313. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31820824cd.

8. Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-72. DOI: 10.1136/bmj.312.7023.71.
9. Barry M.J., Edgman-Levitan S. Shared decision making — the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*. 2012;366(9):780-781. DOI: 10.1056/NEJMp1109283.
10. Graber M.L., Kissam S., Payne V.L., Meyer A.N. [et al.] Cognitive interventions to reduce diagnostic error: a narrative review. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(7):535-557. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000149.
11. Hendrich A., Chow M.P., Skierczynski B.A., Lu Z. A 36-hospital time and motion study: how do medical-surgical nurses spend their time? *Perm J*. 2008;12(3):25-34. DOI: 10.7812/TPP/08-021.
12. American Nurses Association (ANA), National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). National guidelines for nursing delegation. *J Nurs Regul*. 2019;10(1):1-32. DOI: 10.1016/S2155-8256(19)30062-5.
13. Berwick D.M. The science of improvement. *JAMA*. 2008;299(10):1182-1184. DOI: 10.1001/jama.299.10.1182.
14. Womack J.P., Jones D.T. Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation. Free Press; 2003. 416 p.
15. The Joint Commission. Comprehensive accreditation manual for hospitals. Joint Commission Resources; 2022. 800 p.
16. Project Management Institute (PMI). A guide to the project management body of knowledge (PMBOK® guide). 7th ed. Project Management Institute; 2021. 370 p.
17. Epstein R.M., Krasner M.S. Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med*. 2013;88(3):301-303. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318280c0ff0.
18. Krasner M.S., Epstein R.M., Beckman H., Suchman A.L. [et al.] Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009;302(12):1284-1293. DOI: 10.1001/jama.2009.1384.
19. Mayer J.D., Salovey P. What is emotional intelligence? In: Salovey P., Sluyter D., editors. Emotional development and emotional intelligence: educational implications. Basic Books; 1997. p. 3-31.
20. Goleman D. Emotional intelligence: why it can matter more than IQ. Bantam Books; 1995. 352 p.
21. Southwick S.M., Charney D.S. Resilience: the science of mastering life's greatest challenges. 2nd ed. Cambridge University Press; 2018. 250 p. DOI: 10.1017/9781108349246.
22. Neff K.D., Germer C.K. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013;69(1):28-44. DOI: 10.1002/jclp.21923.
23. Moen R., Norman C. Evolution of the PDCA cycle. *Asian Netw Qual J*. 2009;1(1):1-11.
24. Burgess N., Radnor Z. Evaluating Lean in healthcare. *Int J Health Care Qual Assur*. 2013;26(3):220-235. DOI: 10.1108/09526861311311418.
25. Sayers J.M., de Vries K., Salmond S. The use of delegation skills in the clinical environment: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2019;28(15-16):2731-2745. DOI: 10.1111/jocn.14865.

Сведения об авторах и дополнительная информация

Магди Атталла - профессор высшей Школы гостиничного бизнеса и международного менеджмента BHMS University Centre, управляющий директор Global Swiss Academy, Швейцария.

Authors and additional information

Magdi Attalla is a professor at the BHMS University Centre School of Hotel Business and International Management and managing director of the Global Swiss Academy, Switzerland.

Magdi Attalla

BHMS University Centre School of Hotel Business and International Management and Managing, Switzerland
Global Swiss Academy, Switzerland

✉ attalla@gswiss.ch

BEYOND THE LAB: KEY MANAGERIAL SKILLS FOR TOMORROW'S DOCTORS (PART 2)

Abstract. *This article addresses a critical issue in modern healthcare: the need to develop managerial competencies in future doctors. The author argues that, in an increasingly complex medical practice, physician success is determined not only by clinical knowledge but also by effective work organization skills. The article analyzes three key managerial competencies in detail: time management and work organization, effective communication, and teamwork and leadership. For each competency, practical tools and methods adapted to medical practice are presented, such as the Eisenhower Matrix, the SBAR method, active listening techniques, and creating psychological safety in teams. Particular attention is paid to the relationship between the development of these skills and improved patient safety, reduced burnout, and improved clinical outcomes. This article is of value to medical educational institutions, practicing physicians, and healthcare administrators.*

Keywords: *physician management skills, medical education, time management in medicine, clinical leadership, patient safety, interdisciplinary collaboration.*

超越实验室：未来医生关键管理技能（第二部分）

摘要。 本文探讨了现代医疗保健中一个至关重要的问题：培养未来医生的管理能力。作者论证，在医疗实践日益复杂的背景下，医生的成功不仅取决于临床知识，还取决于有效组织工作的技能。文章详细分析了三项关键管理能力：时间管理与工作组织、有效沟通，以及团队合作与领导力。针对每项能力，都展示了适用于医疗实践的实用工具和方法，例如艾森豪威尔矩阵、SBAR方法、积极倾听技巧以及在团队中营造心理安全感。文章特别关注发展这些技能与提高患者安全、降低职业倦怠水平和改善临床结局之间的关系。本文材料对医学教育机构、执业医师和医疗保健管理者均具有参考价值。

关键词： 医生管理技能，医学教育，时间管理在医学中的应用，临床领导力，患者安全，跨学科协作。

